

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1914

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
PAR

N° 414

Robert CHAMPEAU

Né à Montapas (Nièvre) le 7 Juin 1885

Ancien externe des Hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique

Répétiteur d'Obstétrique à la Clinique Baudelocque

Moniteur de manœuvres obstétricales à la Faculté de Médecine

Assistant de Chirurgie à l'Hôpital de la Croix-Rouge

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DU
THROMBUS PÉRIVULVAIRE
ET PÉRIVAGINAL

Président : M. PINARD, professeur

PARIS

LUTETIA EDITIONS

11, Rue de l'Ecole de Médecine, 11

1914

128

414

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1914

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Robert CHAMPEAU

Né à Montapas (Nièvre) le 7 Juin 1885

Ancien externe des Hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique

Répétiteur d'Obstétrique à la Clinique Baudelocque

Moniteur de manœuvres obstétricales à la Faculté de Médecine

Assistant de Chirurgie à l'Hôpital de la Croix-Rouge

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DU

THROMBUS PÉRIVULVAIRE ET PÉRIVAGINAL

Président : M. PINARD, professeur

PARIS

LUTETIA EDITIONS

11, Rue de l'Ecole de Médecine, 11

1914



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN	
PROFESSEURS	
Anatomie	
Physiologie	
Physique médicale	
Chimie organique et chimie générale.....	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale....	
Pathologie et thérapeutique générales.....	
Pathologie médicale	
Pathologie chirurgicale	
Anatomie pathologique	
Histologie	
Opérations et appareils	
Pharmacologie et matière médicale.....	
Thérapeutique	
Hygiène	
Médecine légale ..	
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	
Pathologie expérimentale et comparée.....	

Clinique médicale

Maladie des enfants

Clinique de pathologie mentale et des maladies
de l'encéphale

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..

Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique

Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique

Clinique chirurgicale infantile

Clinique thérapeutique

M. LANDOUZY.
MM.

NICOLAS.
CH. RICHET.
WEISS.
DESGREZ.
BLANCHARD.
ACHARD.
WIDAL.
TESSIER.
LEJARS.
PIERRE MARIE.
PRENANT.
AUG. BROCA.
POUCHET.
MARFAN.
CHANTEMESSE.
THOINOT.
LETULLE.
ROGER.
DEBOVE.
LANDOUZY.
GILBERT.
CHAUFFARD.
HUTINEL.

GILBERT BALLET.
GAUCHER.
DEJERINE.
PIERRE DELBET.
QUENU.
RECLUS.
HARTMANN.
DE LA PERSONNE.
LEGUEU.
BAR.
PINARD.
RIBEMONT-DESSAIGNES.
POZZI.
KIRMISSON.
A. ROBIN.

AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LEREBoullet	RIBIERRE
BERNARD	JEANNIN.	LERI	RICHAUD
BRANCA	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET (André)	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	LABBE (Henri)	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL - LAVAS-	MULON	SCHWARTZ (A.).
CHAMPY.	TINE	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
COUVELAIRE	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Témoignage de reconnaissance et d'affection filiale

A MA GRAND'MÈRE

(in memoriam)

A MON GRAND PÈRE

Témoignage de toute mon affection

A MA FAMILLE

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de Clinique obstétricale et gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

*Avec mes sentiments de très respectueuse affection.
Témoignage de reconnaissance sincère car c'est à lui
que je dois tout ce que je suis et c'est lui qui toujours,
dans les instants difficiles, m'a donné son bienveillant
appui. Je lui dois encore aujourd'hui le grand honneur
qu'il me fait en acceptant la présidence de ma thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WALLICH

Hommage bien respectueux avec mes sentiments de sincère reconnaissance pour l'enseignement qu'il m'a prodigué les deux premières années de mon stage à Baudelocque.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COUVELAIRE

Accoucheur des Hôpitaux

Témoignage d'une très vive et très profonde reconnaissance pour la bienveillance toute particulière qu'il a toujours eue à mon égard, pour l'enseignement qu'il m'a donné, l'appui et les conseils affectueux qu'il m'a prodigués.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEVY

Accoucheur des Hôpitaux

En hommage de grande reconnaissance et de ma sincère affection.

(Hôpital de la Croix-Rouge)

A MONSIEUR LE DOCTEUR BAUZET

ET

A MONSIEUR LE DOCTEUR MICHON

*Témoignage de vive affection pour leur grande bonté
et le grand intérêt qu'ils m'ont toujours porté dans les
moments les plus durs de ma vie.*

A mes autres Professeurs à la Faculté

A mes autres Maîtres dans les Hôpitaux

Aux Chefs de Clinique titulaire et adjoints

et au Chef de Laboratoire

A mes Amis et à mes Collègues

de la Clinique Baudelocque

INTRODUCTION

Au cours des six années pendant lesquelles nous avons eu l'honneur d'appartenir au service de notre maître, M. le professeur Pinard, d'abord en qualité de stagiaire, puis comme externe des hôpitaux, enfin comme répétiteur d'obstétrique, un heureux hasard nous a permis d'observer quatre cas d'une affection puerpérale assez rare: Le thrombus puerpéral obstétrical périvulvaire et périvaginal. Et sur le conseil de M. le professeur agrégé Couvelaire, nous en avons fait le sujet de notre thèse. Nous avons pu également retrouver et étudier, dans les archives du service, dix-huit observations de thrombus, dont trois déjà ont été publiées. Nous les réunissons toutes ici dans le but de faire l'étude statistique de cette complication pendant la durée de l'exercice de notre maître, tant à la Maternité de Lariboisière qu'à la clinique Baudelocque, c'est-à-dire de l'année 1883 jusqu'à l'année 1914.

Enfin, nous avons eu la bonne fortune d'entendre notre maître faire sur ce sujet une leçon clinique et c'est en nous inspirant de ses idées, en ne nous basant que sur l'observation clinique que nous nous efforcerons de justifier les conclusions qui terminent notre thèse.

Nous nous proposons d'abord d'établir une dénomination du thrombus vulvo-vaginal plus logique que celle adoptée depuis Legouais. Ensuite, après quelques mots d'historique, nous passerons en revue les différents chapitres de la question, insistant particulièrement sur le

thrombus obstétrical périvulvaire et périvaginal que nous avons pu observer personnellement.

Enfin, nous nous efforcerons de démontrer qu'il est nécessaire à ce sujet de modifier certaines idées admises jusqu'à ce jour.

Mais avant d'entrer à fond dans notre étude nous avons à cœur de remercier ici notre maître, M. le professeur A. Pinard, pour l'enseignement qu'il nous a donné et pour l'appui qu'en toute circonstance nous avons trouvé auprès de lui. Nous ne saurions exprimer l'émotion qui nous étreint à la pensée de son départ. Nous remercions également M. le professeur Couvelaire, qui nous a donné le sujet de cette thèse et toujours guidé de ses conseils. Nous prions notre nouveau chef de service de croire à notre attachement et à notre entier dévouement. Nous remercions aussi M. le docteur Lévy, accoucheur des hôpitaux, qui nous a aidé dans l'élaboration de ce travail et dont nous conserverons toujours un affectueux souvenir.

Nous ne saurions terminer sans apporter l'hommage de notre profonde gratitude à tous nos professeurs, agrégés, médecins ou chirurgiens des hôpitaux, qui nous ont appris les principes de notre art.

DEFINITION

Sous le nom de « thrombus de la vulve et du vagin » on désigne, bien improprement d'ailleurs depuis Le-

gouais, une tumeur constituée par un épanchement de sang autour de la vulve et du vagin.

C'est là, dirons-nous avec notre maître M. le professeur Pinard, une mauvaise dénomination.

Le mot « thrombus », en effet, s'applique au caillot sanguin qui se forme à l'intérieur des vaisseaux. Or, dans l'espèce, il s'agit, comme nous le verrons plus loin, d'une collection sanguine due à la rupture de vaisseaux capillaires, c'est-à-dire que le caillot s'est formé hors des vaisseaux, c'est donc « hématome » et non « thrombus » qu'il faudrait dire.

On ne doit pas non plus qualifier cet épanchement sanguin d'hématome *vulvaire* ou *vaginal*, car ce n'est pas dans la vulve ou dans le vagin qu'il siège, mais autour d'eux, et c'est pour cette raison qu'il est plus exact de dire hématome *périvulvaire* ou *périvaginal*.

Quoi qu'il en soit, nous continuerons avec notre maître à donner à cette affection le nom de « thrombus », puisque le terme a été consacré par l'usage, et nous le définirons: « Un épanchement de sang se faisant dans le tissu cellulaire qui entoure le vagin et la vulve, tantôt cet épanchement est collecté, formant une véritable tumeur, tantôt il infiltre seulement les parties qu'il envahit. »

HISTORIQUE

Cette affection survenant chez les femmes soit pendant la gestation, soit pendant le travail, soit après la délivrance, semble avoir été connue par Hippocrate, comme le prouve certains passages de ses œuvres et particulièrement le chapitre intitulé: « Des tumeurs qui surviennent dans les parties naturelles de la femme, dans les couches ou à la suite des couches, et de la manière de les traiter ». (Traduction Gardeil, tome IV, livre I, p. 116). On trouve également traces du traitement de ces tumeurs dans la traduction de Littré (tome VI, page 126).

Puis, c'est en 1554 seulement qu'on trouve une nouvelle description se rapportant au thrombus: C'est Jacques Rueff, accoucheur et chirurgien de Zurich, qui en est l'auteur (« *De generatione et conceptu hominis* », p. 31) (cité par Deneux).

En France, les accoucheurs du dix-septième et du dix-huitième siècle: Mauriceau (*Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes et sur leurs maladies*, Paris, 1694 et 1728, p. 523), Portal, Levret, de la Motte, connaissaient cet accident.

A Bâle, en 1734, Kronauër en fit le sujet de sa thèse.

En 1812, parut le travail de Boër, à Vienne, où il fait mention du thrombus (*Naturalis medicinæ obstetrica libri septem*), et, à Paris, L.-P.-H. Audibert soutint une thèse intitulée: « Dissertation sur l'épanchement sanguin qui survient aux grandes lèvres ou à l'intérieur

du vagin pendant le travail ou à la suite de l'accouchement. »

Il faut mettre maintenant en relief une très bonne étude de clinique dont l'auteur est Legouais (Thrombus de la vulve et du vagin; *Dictionnaire des sciences médicales*, t. L. V., 1821, p. 118). C'est lui qui divisa l'épanchement sanguin auquel il avait donné le nom de thrombus, d'une façon véritablement rationnelle:

1° Thrombus vulvaire;

2° Thrombus vaginal;

3° Thrombus pelvien.

Cette division fut dès lors adoptée par tous les accoucheurs et les chirurgiens.

En 1825, Mme Lachapelle parle du thrombus dans la « *Pratique des accouchements* » (Paris, 1821-1825, p. 133, 199).

En 1830, Deneux publia son « *Mémoire sur les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin* » (Paris et Montpellier, 1830).

Dans le *Dictionnaire en 30 volumes*, Velpeau consacre un long article au thrombus, mais il traite surtout la question du thrombus d'origine non puerpérale (Vulve, Thrombus. *Dictionnaire de médecine*, Paris, 1846, t. XXX, p. 968).

En 1853, H. Blot soutint à l'agrégation une thèse ainsi intitulée: « *Des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement.* »

Laborie présenta à l'Académie, en 1860, un mémoire ayant pour titre: *Histoire des thrombus de la vulve et du vagin, spécialement après l'accouchement, considérations anatomiques sur le siège des thrombus et leur traitement.*

Il faut citer la thèse de F.-M.-J. Peret, en 1864: *Des*

tumeurs sanguines intra-pelviennes pendant la grossesse normale et l'accouchement, thèse de Paris, 1864.

Citons encore l'article de Hervieux dans son *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales, suites de couches* (Paris, 1870; *Thrombus*, p. 457). Puis l'article de Doléris dans le *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* (Paris, 1885, t. 35, p. 502).

Depuis le travail de Doléris, des thèses plus ou moins intéressantes ont été publiées :

Mémoire de Mme Sasonoff (*Annales de Gynécologie*, 1884, t. II, p. 447).

Cadilhac: *Thrombus puerpéral de la vulve et du vagin* (*Thèse de Montpellier*, 1894).

Etienne Devoir: *Contribution à l'étude des thrombus puerpéraux* (*Thèse de Paris*, 1897).

Jules Schachmann: *Le thrombus du vagin* (*Thèse de Paris*, 1898).

Sophie Stepanoff: *Contribution à l'étude des thrombus puerpéraux* (*Thèse de Paris*, 1902).

Elie Bories: *Thrombus génitaux puerpéraux* (*Thèse de Paris*, 1904).

G. Max: *Contribution à l'étude du thrombus génital puerpéral* (*Thèse de Paris*, 1910).

André Lenief: *Du Thrombus superficiel et pédiculé du vagin* (*Thèse de Paris*, 1910).

Enfin, M. le professeur Pinard a fait à la clinique Baudelocque une étude clinique du thrombus publiée dans le *Bulletin médical* (Paris, 1900, n° 53). Puis une autre publiée dans la *Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie* (Paris, 1911, p. 359).

CLASSIFICATION

Nous avons vu que la division des thrombus avait été faite par Legouais d'une façon tout à fait rationnelle, d'après le siège qu'ils occupaient.

Laborie imagina huit variétés de thrombus, en se basant sur les aponévroses périnéo-pelviennes.

Mais, en pratique, les accoucheurs n'admettaient que deux variétés qu'ils avaient appelées *vulvaire* et *vulvo-vaginale* et lorsque le sang épanché, décollant les tissus devant lui, s'infiltrant à travers le tissu cellulaire du bassin, remontait plus ou moins haut vers la cavité abdominale, le rein ou le diaphragme, c'était alors du *thrombus génito-pelvien* dont il s'agissait.

Aussi la classification de Laborie n'a-t-elle pas prévalu, car au point de vue clinique : « *Le sang se joue des aponévroses* » comme disait Pajot.

Il existe enfin une quatrième variété de thrombus décrite pour la première fois en 1876 par Fehling, sous le nom de thrombus pédiculé du vagin. (*Arch. f. Gynaek* 1876). Devons-nous à l'heure actuelle comprendre toutes ces variétés dans le thrombus puerpéral ?

Nous ne le pensons pas, et avec notre maître, nous dirons que le thrombus puerpéral est constitué essentiellement par le thrombus périvulvaire et périvaginal. Quant aux thrombus pédiculé du vagin et génito-pelvien, ils constituent l'accident tout à fait exceptionnel et on doit les étudier à part.

Décrivons très rapidement ces deux dernières varié-

tés exceptionnelles pour étudier plus longuement ensuite le thrombus puerpéral proprement dit.

THROMBUS PEDICULE DU VAGIN

Etiologie. — Le thrombus pédiculé du vagin a été observé chez des primipares dans la majorité des cas et toujours dans la seconde moitié de la gestation. Les causes invoquées ont été l'état variqueux de la muqueuse vaginale, les violences et le traumatisme sexuel. On a dit aussi qu'il y avait des dispositions particulières dans l'adossement des canaux de Muller qui favorisaient son apparition. (Budin, *Progrès Médical*, 2^e série, t. v., page 437, 1887, et *Femmes en couches et nouveau-nés*, 1897, p. 13).

Fréquence. — Le thrombus pédiculé du vagin est très rare.

Mme Lachapelle n'en a jamais vu, Tarnier en connaît quatre cas (Tarnier et Budin, *Traité de l'art des accouchements*, t. 3, p. 680, 1898) ; Pinard en a vu deux cas (Leçon clinique du 1^{er} décembre 1911).

Dans le travail de Potoki et Sauvage, 21 cas.

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique a démontré que cette tumeur n'est pas constituée par un hématome pur, mais par une hémorragie au sein d'un plexus variqueux. (*Durante in thèse Lenief* 1910).

Caractères cliniques. — Ce thrombus apparaît toujours au même endroit sur la paroi postérieure du vagin, il est toujours pédiculé plus ou moins longuement et ce pédicule s'insère toujours sur la colonne postérieure du

vagin, il commence en bas à 2 ou 3 centimètres de l'orifice vulvaire et remonte jusqu'à 3 ou 4 centimètres du col. Cette disposition est semblable à l'insertion d'une anse intestinale sur la paroi abdominale à l'aide d'un méso.

La tumeur ainsi formée se présente sous l'apparence d'une châtaigne, d'une noix, d'une morille, suivant l'expression du professeur Pinard, siégeant dans le vagin et faisant saillie à la vulve. Sa coloration est rougeâtre ou noirâtre quand elle est de date récente. La consistance dure ou plutôt rénitente. Son volume n'est jamais considérable et atteint au maximum le volume d'une pomme (Fehling), mais c'est là une exception.

L'apparition de ce thrombus ne provoque chez la femme que des symptômes insignifiants : quelques douleurs lombaires ou pelviennes, une légère hémorragie qui s'arrête rapidement avertissent la femme qu'il se passe quelque chose d'anormal. Parfois les femmes se rendent compte qu'une tumeur s'est formée dans le vagin sans qu'aucun autre signe n'ait attiré leur attention.

Evolution. — Le thrombus pédiculé du vagin peut disparaître spontanément par rupture et expulsion des caillots. Il peut aussi tomber en masse, comme un fruit mûr (Tarnier). Il reste une ligne de saillies granuleuses au point d'implantation du pédicule. La cicatrisation de cette plaie se fait très rapidement.

Diagnostic. — Les signes que nous venons d'énumérer sont si nets qu'un examen attentif éliminera toute cause d'erreur (polype). Le pronostic est toujours bénin.

Traitement. — Le traitement paraît à peu près inutile car la tumeur ne constitue pas une gêne et peut s'expulser spontanément. On peut se borner à des soins anti-

septiques. Queirel dans un cas pratiqua l'excision et satura la surface d'insertion du pédicule. Mais cette opération n'est pas indispensable.

Nous n'insisterons pas plus longuement sur le thrombus pédiculé du vagin, car ses caractères tout à fait spéciaux le distinguent très nettement du thrombus puerpéral obstétrical avec lequel il n'a rien de commun, comme l'a dit M. le professeur Pinard, dans l'une de ses leçons à la clinique Baudelocque (*Bulletin médical*, 1900, n° 53).

Thrombus pelvi-abdominaux. — L'existence des thrombus pelvi-abdominaux ou génito-pelviens qui proviendraient d'un épanchement sanguin d'origine périvulvaire ou périvaginale sont niés par notre maître, et voici ce qu'il dit à ce sujet dans sa leçon du 1^{er} décembre 1911 : « Quant au thrombus remontant jusqu'au niveau du diaphragme, en a-t-on eu de nombreuses observations ? Non : elles sont très rares. Quand on lit ces observations (Stepanoff, Cazeaux), on a l'impression très nette que ce sont là des thrombus survenus à la suite d'une rupture utérine et fusant dans le ligament large. »

« Au point de vue clinique, je ne l'admets pas. Je n'ai pas une observation démontrant qu'un épanchement sanguin ayant pris naissance autour de la vulve et du vagin, sans rupture utérine, ait remonté aussi haut et ait fusé aussi loin que le disent les auteurs.

« Depuis 30 ans, il n'y a pas dans la science un auteur signalant un cas d'épanchement remontant jusqu'au diaphragme et décollant tout. Les seules observations donnant des détails permettent d'affirmer qu'il y ait rupture plus ou moins complète de l'utérus avec épanchement sanguin dans le ligament large. »

C'est donc au chapitre de la rupture utérine qu'il faut

ranger cet accident et nous n'en parlerons ici que très brièvement.

Cet épanchement sanguin siège toujours dans le ligament large qu'il infiltre. De là il peut fuser plus ou moins loin vers les régions voisines, dans certains cas il existe des décollements énormes pouvant remonter en arrière vers le rein, le diaphragme, et en avant jusqu'à la région ombicinalle. Son volume est donc très variable, comme sa forme d'ailleurs, suivant le siège de la tumeur et la quantité de sang épanché, facteurs qui régissent l'importance des symptômes.

Parfois ce sont les signes d'une grande hémorragie (pouls petit, pâleur de la face, tendances syncopales, vertiges, etc...) ou bien l'état général de la femme reste bon si l'hématome n'est pas d'un volume trop considérable.

Au point de vue de l'examen local on trouvera l'utérus dévié par une tumeur n'existant pas dans le cul de sac opposé. Cette tumeur, comme l'hématocèle, sera d'abord fluide pour prendre ensuite une consistance plus ou moins dure de par le fait de la coagulation du sang épanché.

Le pronostic sera toujours réservé car l'hémorragie persistante pourra amener une issue fatale, ou bien plus tard l'hématome pourra s'infecter et amener ainsi une nouvelle complication. Le traitement de cet accident est très difficile étant donné son siège : ou bien on sera amené par l'importance de l'hémorragie à tamponner par une incision vaginale ou à pratiquer la laparatomie ; ou bien, si l'état général n'est pas menaçant, on immobilisera la femme et on évitera ainsi, avec la morphine et la glace comme adjuvants, la récurrence de l'hémorragie.

Voilà donc éliminés le thrombus pédiculé du vagin dont les caractères cliniques et anatomo-pathologiques

font une affection très spéciale et très différente du thrombus puerpéral obstétrical, et les thrombus pelvi-abdominaux qui sont liés à la rupture utérine et que nous rattachons uniquement à ce chapitre.

Maintenant passons à l'étude du thrombus puerpéral obstétrical.

Thrombus puerpéral obstétrical. — Ce thrombus est, suivant la dénomination de notre maître et pour les raisons exposées plus haut : *périvulvaire* et *périvaginal*. Il peut être les deux à la fois.

Etiologie. — Rencontre-t-on cet épanchement pendant la gestation ? Non. On l'observe seulement pendant le travail, avant ou après l'expulsion du fœtus, avant ou après la délivrance. Donc le thrombus de la gestation n'est pas un thrombus obstétrical.

En effet, comme notre maître, nous ne saurions qualifier de puerpéral obstétrical, un thrombus dont l'apparition, certes, coïncide avec l'état puerpéral mais dont la cause en général n'est pas d'ordre obstétrical. A l'origine de presque tous les cas de thrombus apparus au cours ou en dehors de la gestation on trouve, en effet, un traumatisme quelconque qui n'a rien d'obstétrical ; direct : coup de pied (Vouters), coït violent, chute sur les organes génitaux externes (voyez observations XIX, n° 2.142, de 1898. Archives de la clinique Baudelocque) ; ou indirect : chute sur le siège, coup sur l'abdomen, toux, défécation, etc. (Boyer cite un cas de thrombus survenu à la suite d'une crise d'épilepsie). Le traumatisme même peut être très faible, car il est hors de doute que la gestation favorise comme nous le verrons la production de cet épanchement sanguin. Dans certains cas il est passé inaperçu : on dit alors que « le thrombus est spontané ».

En réalité nous pensons qu'il n'y a pas plus de throm-

bus spontané que de « génération spontanée », que c'est là un terme destiné à cacher notre ignorance et que l'état de gestation ne peut à lui seul déterminer l'accident qui nous occupe. Si, parfois, nous ne trouvons pas la cause déterminante c'est qu'on nous la dissimule soit par pudeur ou tout autre motif, et, comme le dit Velpeau : « Une des causes le moins souvent avouées, et des plus fréquentes peut-être en réalité, de cette maladie, se trouve dans les excès de coït ». Ainsi tout en reconnaissant la prédisposition que l'état de gestation, nous rattacherons au même groupe puisqu'ils ont les mêmes causes : les thrombus qui surviennent chez les femmes enceintes et ceux qui se manifestent chez les femmes dont l'utérus est à l'état de vacuité.

Et désormais nous ne nous occuperons plus que du thrombus puerpéral obstétrical périvulvaire et périvaginal. Celui-là est le seul qui soit tout à fait du domaine de l'accoucheur.

Fréquence. — Et d'abord, quelle en est la fréquence.

« La fréquence du thrombus de la vulve est grande », écrit Velpeau dans l'article du dictionnaire en 30 volumes et dans son *Traité d'accouchements*. Oui, si, comme le fait Velpeau, on rassemble les cas de Thrombus de la gestation avec les cas de thrombus obstétricaux.

Mais c'est une erreur si on envisage seulement les thrombus causés par un traumatisme obstétrical, car ceux-là sont véritablement une rareté.

P. Dubois en a vu 3 cas sur 14.000 accouchements.

S. Tarnier estimait qu'on rencontre un thrombus obstétrical sur 1.200 ou 1.500 accouchements.

Mme Sasonoff donne le chiffre de un thrombus pour 2.500 accouchements.

Nous avons recherché dans les archives de la clinique

Baudelocque et dans celles de la Maternité de Lariboisière le nombre de cas de thrombus qui s'étaient produits dans le service de notre maître, M. le professeur A. Pinard. Nous avons ainsi examiné toutes les observations des femmes accouchées dans le service depuis janvier 1883 jusqu'à juin 1889 pour la maternité de Lariboisière et de juillet 1889 à juillet 1911 pour la clinique Baudelocque.

Pendant cette période de 30 ans et 6 mois, 54.034 femmes sont venues accoucher *dans le service de M. Pinard* et nous n'avons trouvé que 18 cas de thrombus puerpéral obstétrical. Ce qui fait une proportion de 0,33 pour 1.000 ou 1 thrombus pour 3.000 accouchements.

Les thrombus sont-ils plus fréquents chez les primipares ou chez les multipares ? Certains auteurs, dont Jacquemier, admettent qu'il y a plus grande fréquence chez les multipares, d'autres ne partagent pas cet avis. Tarnier se basant sur la statistique de Mme Sasonoff est disposé à croire que le nombre de thrombus chez les unes et chez les autres est à peu près égal. Nous basant sur les faits observés, nous sommes obligés, avec notre maître, de reconnaître que l'accident qui nous occupe est plus fréquent chez les primipares. En effet, sur les 18 observations de thrombus que nous exposons plus loin, nous comptons 14 primipares et 4 multipares seulement. Encore faut-il noter que les accouchements des multipares sont plus fréquents que ceux des primipares comme le prouve la statistique de Mlle Hanicot, sage-femme en chef de la clinique Tarnier, qui, pour le compte de Tarnier, releva le nombre des primipares et des multipares accouchées à la clinique de 1893 à 1897, et trouva sur 6.260 accouchées, 39 pour 100 de primipares et 61 pour 100 de multipares.

A quelle période du travail rencontre-t-on le plus souvent le thrombus ?

Nous empruntons au travail de Mme Sasonoff les chiffres suivants :

Sur 74 cas de thrombus :

3 pendant la gestation.

3 pendant la dilatation.

35 pendant l'expulsion.

57 après la délivrance.

Sur 18 cas de thrombus nous en trouvons :

1 pendant l'expulsion (obs. XII).

2 entre l'accouchement et la délivrance (obs. II et IV).

15 après la délivrance.

C'est donc après la délivrance que le thrombus apparaît avec le plus de fréquence.

Causes. — Y a-t-il un facteur net, unique déterminant cet épanchement sanguin ? Non. Mais en étudiant les observations un certain nombre de faits attirent l'attention. Que faut-il donc pour qu'il y ait production d'un thrombus ?

Il faut une rupture vasculaire (veine ou artère), il faut que le sang extravasé trouve devant lui un tissu assez lâche pour se laisser distendre par la pression sanguine, car si le tissu résistait, l'hémorragie serait bientôt jugulée et l'hématome insignifiant.

Plus la tension sanguine sera élevée, plus la paroi vasculaire sera faible, plus le calibre du vaisseau sera gros plus les tissus seront lâches : plus facile sera la rupture et plus volumineux sera l'épanchement.

Donc toute cause réalisant l'une ou plusieurs de ces conditions sera prédisposante au thrombus. Surviennne le traumatisme obstétrical et voilà l'épanchement sanguin qui se forme. Nous verrons plus loin sous quelles formes

le traumatisme obstétrical se présente. Voyons dès à présent les causes prédisposantes : La primiparité prédispose à cet accident sans aucun doute, nous l'avons vu, ce qui d'ailleurs est très logique étant donné la résistance plus grande du bassin mou, partant un traumatisme plus grand au moment de l'expulsion.

Le jeune âge des parturientes est prédisposant également ; ce qui ne veut pas dire qu'on ne rencontre pas d'observation faisant exception à la règle dans ces deux cas.

En effet, sur 18 hématomes périvulvaires ou périvaginaux, 14 sont survenus chez des primipares et 4 seulement chez des multipares, et même nous citons un cas de thrombus (voir obs. XI) chez une femme ayant eu 15 gestations.

D'autre part, sur ces mêmes observations nous comptons 23 femmes ayant de 17 à 28 ans et 5 femmes âgées de 30 à 33 ans dont 3 primipares. Cependant la répétition du jeune âge se montre dans la majorité des cas.

On a encore signalé comme causes prédisposantes : l'étroitesse vulvo-vaginal (Perret), les viciations pelviennes, les tumeurs abdominales, la gemellité (obs. V et XIV, dans cette dernière il est à remarquer que l'un des fœtus se présentait par le siège).

L'Hydramnios (obs. VI, XI et XVIII, les deux dernières avec dilatations variqueuses), etc. Puis certaines affections hémorragipares : cardiopathies, albuminurie (obs. IX), infections (obs. XVIII, infection pulmonaire), hémophilie, etc. Tous ces facteurs en effet, peuvent troubler la circulation, augmenter la tension. Blot et Cazeaux pensaient que les varices génitales prédisposaient au thrombus (obs. XII et XVIII) et en se rompant pouvaient former un thrombus. La plupart des accoucheurs consi-

dèrent ce cas comme tout à fait exceptionnel. Il faut savoir en effet la rareté des tumeurs sanguines périvulvo-vaginales et la fréquence très grande des varices vulvaires.

Ajoutons à tout cela une prédisposition individuelle tenant soit à la disposition soit à la constitution des vaisseaux.

Enfin l'état de gestation par lui-même amène de nombreuses modifications anatomo-physiologiques des régions génitales : Vascularisation intense, dilatation, congestion vasculaire, relâchement, assouplissement des tissus périvulvaires et périvaginaux, ce qui facilite les épanchements et l'importance des décollements.

En résumé nous voyons que tout ce qui augmente la tension sanguine, diminue la résistance des parois vasculaires et relâche les tissus, favorise la production d'un épanchement périvulvo-vaginal. Mais tout processus pathologique a ses causes prédisposantes et déterminantes.

La cause occasionnelle du thrombus sera l'accouchement dystocique : siège, version, épaule qui se terminent par l'extraction de la tête dernière après l'accouchement du siège et des épaules ; forceps, etc. Accouchement trop rapide ou trop long. Siège (obs. IV et XVI), forceps (obs. II).

L'accouchement peut être dystocique sans que l'enfant soit volumineux, nous connaissons bien en effet, la dystocie causée par la brièveté de diamètre occipito-mentanier déterminant la stagnation de la tête dans les voies génitales plusieurs heures consécutives (Voyez obs. II. Forceps Om : 13.3).

Le mécanisme de la production du thrombus est facile à comprendre. En effet, sous l'influence du traumatisme

obstétrical (forceps, extraction, accouchement long, etc.), il se produit une congestion intense des tissus du petit bassin, car d'une part la contraction utérine refoule le sang vers les organes pelviens, d'autre part la tête gêne la circulation de retour, ce qui est contrôlé par ce fait qu'au cours de la symphyséotomie l'écoulement sanguin est considérable au début et s'arrête dès que l'utérus est vide. Il faut ajouter à cela les décollements cellulaires plus ou moins considérables dans les différents plans de l'appareil génital, décollements qui précèdent la formation du thrombus (Perret). Qu'une rupture vasculaire se produise, la place est prête pour l'épanchement qui se fera plus ou moins rapidement suivant l'importance du réseau capillaire lésé. Car il faut savoir, et Perret l'a démontré expérimentalement dans sa thèse inaugurale, que ce ne sont pas de gros vaisseaux qui alimentent l'épanchement, mais simplement les vaisseaux capillaires artérioles et veinules. Fait qui rapproche le thrombus du céhalématome, avec cette différence que dans le céhalématome, l'épanchement est limité par les sutures. (Nous avons relevé un des cas de céhalématome fœtal coïncidant avec un thrombus chez la mère (V. obs. XII).

Le thrombus, nous l'avons vu, peut survenir pendant le travail, entre l'accouchement et la délivrance ou après la délivrance.

1° Pendant le travail cet accident est rare avant l'accouchement, il a cependant été constaté par Mme Lachapelle.

Cet épanchement peut alors, suivant son volume, être une cause de dystocie plus ou moins importante. Il peut empêcher l'expulsion de l'enfant. Il faut alors extraire cet enfant et la main ou le forceps rompent la tumeur, à

moins que l'accoucheur n'incise et ne vide la tumeur auparavant s'il l'a diagnostiquée.

Nous avons recueilli un cas de thrombus pendant la période d'expulsion (V. obs. XII).

2° Entre l'accouchement et la délivrance, une de nos observations, rédigée par Varnier, nous montre quelle dystocie de la délivrance peut causer l'apparition du thrombus. De plus nous y voyons comme cause de l'accident, l'application de forceps en O I DA, parce que le diamètre O. M. étant court (13.3) la stagnation de la tête fœtale n'a pas manqué de se produire (voir obs. II). Enfin ce thrombus dont l'apparition fut complètement indolore, siégeait autour du vagin, n'apparaissant pas à la vulve.

3° Après la délivrance. Le plus souvent tout a été normal jusque-là, en apparence du moins, et c'est alors que se constitue la tumeur. C'est le cas le plus fréquent.

Anatomie pathologique. — Le thrombus, nous l'avons dit déjà, siège dans le tissu cellulaire qui entoure le vagin et la vulve. Il pousse quelquefois des prolongements vers le périnée, vers la fesse et peut aller jusqu'à l'anus. Mais les épanchements sanguins qui occupent tout le bassin, décollant le péritoine en avant et en arrière ne sont pas, nous le répétons, des thrombus d'origine péri-vulvo-vaginale, mais bien des hématomes provenant de ruptures utérines.

Tout d'abord le sang épanché est liquide puis il se coagule, mettant le sérum en liberté. Puis le sérum se résorbe et la tumeur semble durcir au palper à mesure qu'elle vieillit.

Ce sang épanché peut être soit à l'état de collection, soit à l'état d'infiltration (ecchymose), collecté il forme autour du vagin ou de la vulve, une tumeur dont le

volume varie ordinairement entre le volume d'une noix et celui d'un poing. Mais il en est de plus considérables.

Tantôt le thrombus puerpéral obstétrical périvulvaire et périvaginal siège dans le vagin ou dans les grandes lèvres à droite ou à gauche, tantôt il siège dans les deux à la fois. Tantôt enfin il existe des deux côtés. Sur les dix-huit observations que nous publions, voici quels sièges a occupés successivement le thrombus :

Autour du vagin, à droite.....	9 fois.
Autour de la vulve, à droite.....	4 —
Autour de la vulve et du vagin, à droite.....	2 —
Autour de la vulve et du vagin, à gauche....	2 —
Un cas dont le siège n'est pas indiqué.	

Le thrombus se rencontre donc le plus souvent à droite.

Signes cliniques. — Il est des cas où le thrombus apparaît sans déterminer de symptôme : pas de gêne, pas de douleur et ce thrombus peut passer inaperçu d'autant plus qu'il s'agit le plus souvent d'un thrombus péri-vaginal (V. obs. n° 11. Cas de Varnier).

Mais s'il est des femmes qui avec un épanchement relativement considérable ne manifeste aucune réaction locale, il en est d'autres par contre qui pour un petit épanchement localisé à l'une des grandes lèvres, souffrent horriblement. Cette douleur parfois très violente s'irradie vers les cuisses ou en arrière vers la région lombaire. En même temps il semble à la femme qu'elle a un corps étranger dans le vagin et elle fait des efforts d'expulsion pour le chasser. Cette sensation s'accompagne presque toujours de ténésme vésical ou rectal. Si la tumeur sanguine est considérable il y a compression des organes voisins : intestin, vessie, d'où troubles fonctionnels. Lorsqu'on examine une femme qui présente ces

symptômes subjectifs après un accouchement on peut se trouver en présence de deux cas :

L'Hématome est périvulvaire et on l'aperçoit qui déforme les organes génitaux externes. La vulve est déviée du côté opposé à la tumeur. Ordinairement l'hématome périvulvaire présente les dimensions d'une orange, d'un poing au maximum.

La peau qui recouvre cette tuméfaction est violacée, lisse, reluisante. On devine à son aspect qu'il existe à l'intérieur une tension considérable. A la palpation la tumeur est dure, rénitente. Au début elle est fluctuante et si on assiste aux premières phases de son développement qui est toujours rapide, on la voit augmenter de volume, en même temps que la douleur croît, arrachant des cris à la femme. Les jours suivants, si la poche n'est pas rompue, la consistance devient plus ferme, le sang s'est coagulé et le sérum se résorbe, alors elle devient pâleuse puis dure. Il faut toujours avoir soin de pratiquer le toucher vaginal pour se rendre compte de l'étendue de la tumeur vers le vagin (ce qui est fréquent) et de son évolution ultérieure.

Si l'hématome est périvaginal, il n'est pas visible et peut passer inaperçu si la femme ne ressent que peu ou pas de douleur. Souvent en effet il ne s'agit que d'une simple envie d'aller à la selle, à laquelle on ne prête pas attention. Cependant comme le thrombus périvulvaire, le thrombus périvaginal s'accompagne d'ecchymoses qui attirent l'attention.

Il faut alors pratiquer le toucher vaginal et on aperçoit alors une tumeur plus ou moins volumineuse, ovoïde, bombant vers le vagin dont elle refoule et aplatit la lumière. Son grand axe est le plus souvent parallèle à celui du vagin.

Consistance d'abord mollassse, puis de plus en plus ferme.

Le toucher rectal ou mieux le toucher recto-vaginal permettra de se rendre compte des dimensions et du siège de la tumeur.

Etat général. — L'état général parfois n'est pas altéré. Mais si la douleur est violente, le pouls est souvent très accéléré sans qu'il y ait hémorragie grave. Il faut mettre ce phénomène sur le compte du système nerveux.

En cas d'hémorragie abondante dans l'épanchement le pouls s'accélère et bientôt se produisent tous les phénomènes des grandes pertes sanguines.

Evolution. — Nous avons dit que le thrombus apparaissait après la délivrance, le plus souvent quelques instants après, 30 minutes, une ou deux heures. Mais parfois ils apparaissent bien plus tardivement (Obs. n° XI, le 5^e jour).

Après son apparition, le thrombus peut se résorber, se rompre, ou s'infecter. La résorption est très lente et peut durer quelquefois un an. Dans la suite on perçoit au palper des noyaux fibreux à la place du thrombus.

Si l'épanchement est considérable la poche hématique peut se rompre spontanément ou à la suite d'un traumatisme quelconque (Forceps, extraction, canule à injection, etc.). Alors se produit une évacuation plus ou moins complète des caillots ou parfois une nouvelle hémorragie se déclare, plus ou moins abondante.

Enfin, rompue ou intacte, la collection sanguine peut s'infecter, soit directement si elle s'est rompue par sphacèle de sa paroi, soit indirectement par le système lymphatique. Le plus fréquemment il s'agit de microbes anaérobic ; il y a putréfaction des caillots et dégagement de gaz fétides. Si elle n'est pas traitée à temps, cette infec-

tion locale, devient rapidement générale et le cortège symptomatique des grandes infections entre en jeu (Frisson, température, facies altéré).

Quelquefois survient une hémorragie secondaire incoercible.

C'est ainsi qu'autrefois mouraient les femmes atteintes de thrombus purpéral avant l'ère de l'antisepsie.

Complications mécaniques. — L'hématome périvaginal peut obstruer le vagin, arrêter l'écoulement des lochies et déterminer l'infection utérine. Il peut aussi se faire qu'il crée un cas de dystocie s'il apparaît au moment de l'expulsion ou entre celle-ci et la délivrance (Cas de Varnier, obs. II). D'autres fois enfin, il peut se faire une ouverture vers le rectum (Perret).

Il peut également causer de la rétention des matières fécales ou des urines par compression des organes pelviens comme nous l'avons dit plus haut.

Pronostic. — Autrefois très grave à cause de l'infection possible, le pronostic des thrombus est aujourd'hui bénin dans presque tous les cas, à moins qu'il ne s'agisse de thrombus volumineux comme chez les albuminuriques.

Sur plus de 18 cas d'hématomes génitaux, pas un n'a été l'origine de suppuration.

Diagnostic. — Le diagnostic est ordinairement facile à faire si l'on assiste à la formation de la tumeur.

Dans le cas contraire, à moins de complication (rupture, infection d'un hématome périvaginal), il faudra savoir songer au thrombus lorsque, pendant les suites de couches, on découvrira sur le périnée d'une femme des traces de suffusions sanguines.

En cas de tumeur vulvaire, éliminer la bartholinite, les paquets variqueux, l'œdème, la hernie, car la cou-

leur, la consistance la non-réductibilité, l'interrogatoire aideront à faire le diagnostic. En cas de tumeur vaginale on pourrait confondre avec un kyste vaginal, un polype, un thrombus pédiculé, une cystocèle ou une rectocèle, une rétroversion utérine. D'ailleurs en présence d'une femme en travail ou récemment accouchée, avec les commémoratifs (douleur, apparition rapide d'une tumeur plus ou moins violacée, ténésme vésical ou rectal, ecchymoses périnéales), il sera difficile de faire fausse route. Sauf le cas où l'examen serait pratiqué très longtemps après la formation de la tumeur qui pourrait alors ressembler à un kyste.

Traitement. — Voici la conduite tenue par notre maître aux différents temps de l'accouchement et de la délivrance en présence d'un thrombus puerpéral obstétrical périvulvaire ou périvaginal.

Avant l'expulsion. — Ouvrir la collection s'il y a dystocie et maintenir la compression après l'accouchement.

Avant la délivrance. — Si cela est nécessaire pour permettre la sortie du placenta il faut vider la poche hémattique puis maintenir ensuite une compression pendant quelques jours.

Après la délivrance. — Si le thrombus reste localisé, sans réaction, il faut attendre.

Dans tous les cas : s'il se rompt spontanément ou s'il s'infecte, s'il y a menace de sphacèle, il faut nettoyer la cavité du thrombus. Tamponner 24 heures à l'aide d'une mèche de gaze iodoformée cette cavité ainsi que le vagin. Faire en même temps une compression abdominale et périnéale au cas où il y aurait récurrence d'hémorragie.

Enfin traiter l'état général s'il y a lieu.

Dans aucun cas les 18 femmes atteintes de thrombus n'ont eu de suites fâcheuses.

10 d'entre elles sont parties de la clinique avec leur thrombus intact en voie de résorption.

Les 8 autres traitées par le tamponnement iodoformé sont sorties après cicatrisation de leur thrombus.

OBSERVATION I

Hôpital Lariboisière.
(Année 1885.)

Observation n° 556. — (A. P.). — Primipare 19 ans. — Brunisseuse.

D. R. — Irrégulièrement réglée.

Présentation du siège.

4 septembre. — Rupture prématurée des membranes.

5 septembre. — 1 heure du matin. — Apparition des premières contractions utérines douloureuses.

La femme se présente à l'hôpital Saint-Antoine, d'où elle est envoyée chez une sage-femme agréée.

8 heures du matin. — Expulsion spontanée d'une fille vivante pesant 3.400 grammes.

Durée totale du travail : 7 heures (accouchement rapide).

Délivrance naturelle.

Immédiatement après la délivrance, l'accouchée ressent une douleur extrêmement vive dans l'abdomen; la sage-femme pratique le toucher vaginal, rencontre une

tumeur lisse qu'elle prend pour un caillot et qu'elle crève.

6 septembre. — 10 heures du matin. — La sage-femme ramène l'accouchée à Lariboisière, où l'examen vaginal révèle la présence d'un thrombus périvaginal ouvert. Traitement par irrigations continues.

13 septembre. — La femme sort le septième jour, complètement guérie. Sa température n'a jamais dépassé 37°6.

OBSERVATION II

Clinique Baudelocque.

(Année 1890.)

Observation n° 624. — (M. Varnier.) — (L. I.). — Primipare âgée de 32 ans.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires physiologiques et pathologiques.

D. R. — 3 octobre 1889.

18 juillet. — 22 heures. — Rupture prématurée des membranes.

19 juillet. — 12 heures. — Début du travail.

20 heures. — Entrée à la salle de travail. — Examen :

H. U. — 36 cm.

O. I. D. P.

B. d. C. bons.

Col en voie d'effacement.

Pas d'albumine.

23 heures. — Dilatation complète (durée de la période de dilatation, 3 heures).

La tête descend lentement sous l'influence des contractions utérines et abdominales.

20 juillet. — 3 heures. — Depuis 4 heures, la tête descendue et appuyant sur le bassin mou, ne progresse plus ; la rotation ne se fait pas ; les contractions utérines s'espacent ; les efforts expulsifs sont insuffisants. Le fœtus, cependant, ne souffre pas. Etant donnée la stagnation de la tête fœtale dans les parties molles du bassin, on fait une application de forceps en D. A.

3 h. 35. — Extraction d'un garçon vivant du poids de 3.200 gr. (O. M. : 13,3, Bi-P. : 9.)

Durée de la période d'expulsion : 4 h. 35.

Durée totale du travail : 15 h. 35.

4 h. 15. — Première tentative de délivrance après cathétérisme de la vessie qui renferme 210 gr. d'urine. Le fond de l'utérus est à 4 cm. au-dessus de l'ombilic et à 21 cm. au-dessus de la symphyse. L'externe qui pratique le toucher trouve le placenta se présentant par la face fœtale dans l'orifice utérin. Le premier temps de la délivrance est accompli. Nous pensons, l'utérus devenant flasque de temps à autre, que la difficulté de l'engagement tient à l'excès de volume par hémorragie rétroplacentaire. Injection chaude et expectation. A 7 h. 30, on éprouve toujours les mêmes difficultés et on trouve les mêmes rapports de l'utérus. M. Varnier pratique le toucher pour se rendre compte de la nature de l'obstacle et voici ce qu'il trouve :

Un thrombus vaginal obturant toute la moitié droite du vagin et de l'excavation. Col inaccessible. La tumeur, tendue, résistante non douloureuse spontanément ni au

toucher, s'arrête en arrière vers la ligne médiane. Rien à la vulve — tension plus marquée au palper de la fesse voisine dont la peau commence à devenir violâtre au voisinage de la grande lèvre.

Etat général parfait (T. : 37, P. : 80). Par des symptômes locaux (Tension ou douleurs) ressentis par la femme.

A 9 heures, M. Pinard fait la délivrance par traction et expression combinées.

Grand lavage vaginal (Bandage de corps et bandage en T). (Varnier.)

Du 19 juillet au 22 août, la femme séjourne à la clinique. Elle fait quelques élévations de température (38° à 38°5 jusqu'au 13 août).

Le 14 août, 39°5, lymphagite d'un sein.

Le 19 août. — 38°2.

Le 20 août. — 38°1.

Le 21 août. — 38°5.

Le 23 août, la femme quitte le service malgré les observations qui lui sont faites au sujet de son état de santé. On constate, à l'examen fait au jour de son départ, que le thrombus n'a pas complètement disparu et forme encore à la partie droite du vagin une tumeur assez volumineuse. (Examen pratiqué 34 jours après l'apparition du thrombus périvaginal.)

OBSERVATION III

Clinique Baudelocque.
(Année 1891.)

Observation n° 557. — (A. L.) — Primipare âgée de 23 ans. — Charcutière.

Mère morte de bacillose pulmonaire.

Père vivant.

Trois frères et sœurs vivants.

Rien à signaler dans ses antécédents physiologiques.

Atteinte de scoliose à convexité droite à l'âge de 11 ans.

D. R. — Du 8 au 12 août 1890. — Gestation normale.

3 mai. — Début du travail (au cours du 9 mois).

4 mai. — 10 h. 30. — Entrée à la salle du travail. —

Examen :

H. U. — 35 ans.

O. I. D. P.

Enfant vivant.

Dilatation de 50 cm.

Membranes intactes.

Contractions utérines fréquentes et intenses.

17 h. 50. — Rupture des membranes.

18 heures. — Dilatation complète.

19 h. 25. — Expulsion d'un garçon vivant du poids de 2.900 gr. (O. M.: 13,8, Bi-P.: 9,3.)

Durée de la période d'expulsion : 25'.

Durée totale du travail : 20 h. 25.

Aussitôt après la délivrance, il se forme un thrombus périvulvaire envahissant les petites et grandes lèvres du côté droit. Son volume est peu considérable. On fait un pansement avec de la gaze iodoformée.

Pendant les suites de couches, on ne note pas la moindre élévation de température et 16 jours après l'accouchement, la femme, en parfait état de santé, quitte la clinique, sur sa demande (21 mai).

OBSERVATION IV

Clinique Baudelocque.

(Année 1894.)

Observation n° 1089. — (M. M.) — Primipare âgée de 30 ans. — Couturière.

Rien à signaler au sujet des antécédents héréditaires physiologiques et pathologiques.

La première gestation s'est terminée, l'expulsion à terme d'un enfant vivant s'étant présenté par le siège.

Gestation actuelle. — D. R. du 3 octobre 1893.

Cette femme peut donc être à terme.

La gestation aurait évolué normalement.

8 juillet. — 22 heures. — Début du travail.

9 juillet. — 10 heures. — Entrée à la salle de travail.

— Examen :

H. U. — 32 cm.

Utérus cordiforme.

Siège complet. — Dos à droite.

Enfant vivant.

Dilatation de 5'.

Membranes intactes.

Pas d'albumine.

12 h. 30. — Dilatation complète. — Rupture artificielle des membranes. — Liquide amniotique opalescent.

13 h. 15. — Expulsion spontanée d'un garçon vivant du poids de 3.250 gr. (O. M.: 13,5, B. P.: 9,7.)

Extraction de la tête derrière par la manœuvre de Mauriceau-Pinard.

14 h. 5. — Délivrance normale. — Poids du placenta: 350 gr.

Durée de la période d'expulsion : 45'.

Durée du travail : 16 heures.

Environ 20' après l'accouchement la femme se plaint de vives douleurs périnéales avec ténésme rectal. L'attention ayant été attirée de ce côté, on pratique le toucher vaginal et on s'aperçoit qu'il existe, sur la paroi latérale droite du vagin, une tumeur fluctuante de la grosseur d'une orange et arrivant près de l'orifice vulvaire.

La femme se plaint également de crampes très intenses au niveau du membre inférieur droit.

Traitement : Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée

Quelques instants après on s'aperçoit que le tamponnement est complètement imbibé de sang dont une quantité notable s'écoule même au dehors. On retire alors le premier tamponnement. On lave à l'aide d'une injection la cavité du thrombus qui paraît être de dimensions assez considérables. On bourre cette cavité avec deux paquets de gaze iodoformée.

P.: 108, facies décoloré.

Suites de couches normales. — Pas d'élévation de température.

26 juillet. — La femme quitte la clinique, et au moment de son départ l'orifice du thrombus est *complètement cicatrisé*.

OBSERVATION V

Clinique Baudelocque.

(Année 1894.)

Observation n° 1446. — (F. V.) — Primipare 27 ans. Blanchisseuse.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires physiologiques et pathologiques.

D. R. — Du 13 au 19 décembre 1893.

Hypersécrétion vaginale abondante et vomissements persistants pendant tout le cours de la gestation.

5 septembre. — (9^e mois de la gestation.)

8 heures. — Apparition des premières contractions utérines douloureuses.

10 heures. — Entrée à la salle de travail. — Examen : H. U. — 38 cm.

Le palper révèle la présence de 4 pôles fœtaux et l'auscultation 2 foyers. Les 2 fœtus se présentent par l'extrémité céphalique, l'un a le dos à droite, l'autre à gauche.

Le diagnostic de *gestation double* est posé.

Dilatation connue: 2.

Membranes rompues précocement.

17 heures. — Dilatation complète.

19 h. 55. — Expulsion spontanée du premier fœtus, c'est une fille vivante du poids de 2.230 gr. (O. M. : 12,8, Bi-P.: 8,2)

Aussitôt on s'assure de la présentation longitudinale du second fœtus. On rompt les membranes du deuxième œuf.

20 h. 10. — Expulsion du deuxième fœtus: fille vivante du poids de 2.330 gr. (O. M. : 12,5, Bip. : 9.)

Durée de la période d'expulsion : 3 h. 10.

Durée totale du travail : 12 heures.

21 h. 30. — Délivrance normale. — Placenta de 650 gr.

Quelques instants après la délivrance le facies de cette femme devient légèrement pâle.

Elle éprouve un peu de ténésme rectale, mais ne perd pas de caillots.

A ce moment on pratique le toucher vaginal et on trouve un thrombus dépassant le volume d'un œuf de poule et occupant la partie *droite* du vagin.

L'état de la femme reste stationnaire. Le poulx est très bon et le thrombus ne s'étend pas.

Minuit. — La femme va très bien. Les suites de couches ont été normales.

18 septembre. — La femme sort le 18 septembre, soit 13 jours après son accouchement, en parfait état de santé.

OBSERVATION VI

Clinique Baudelocque.
(Année 1895.)

Observation n° 1730. — C. R. — Primipare 28 ans. —
Couturière.

Rien à signaler de ses antécédents héréditaires et
physiologiques.

Fièvre typhoïde à 8 ans. - Récidive à 18 ans.

Première gestation terminée à terme en 1892, à la
Clinique Baudelocque. — Extraction à l'aide du forceps
d'un garçon vivant.

D. R. — Du 10 au 15 novembre 1894.

La gestation aurait été normale.

11 juin 1895. — 7^e mois de la gestation. — La femme
est admise au dortoir, car elle présentait alors de l'excès
de liquide amniotique et mise au régime lacté absolu.

25 août. — 2 heures. — Début du travail (à terme).

H. U. — 37 cm.

O. I. G. A.

Enfant vivant.

Dilatation de 2'.

Les membranes se seraient rompues après le début
du travail (l'observation ne relate pas l'heure à laquelle
l'œuf se serait ouvert). Le liquide s'est écoulé en grande
quantité.

10 heures. — Dilatation complète.

11 h. 35. — Expulsion spontanée d'une fille vivante pesant 4.000 gr. (O. M.: 14 cm., Bi-P.: 10 cm.)

Durée de la période d'expulsion : 1 h. 30.

Durée totale du travail : 9 h. 30.

12 h. 20. — Délivrance normale (Placenta 680 gr.) 45' après l'expulsion.

Après la délivrance l'utérus se contracte mal, on fait une injection intra-utérine et à ce moment on découvre la formation d'un thrombus au niveau de la paroi latérale droite du vagin.

Suite de couches. — La courbe de température présente des oscillations :

28 août. — P. : 116, T. : 37,8.

30 août. — P. : matin 124, soir 112; T. : matin 37,7, soir 38,2.

31 août. — P. : 120, T. : 37,9.

1^{er} septembre. — P. : matin 116, soir 120; T. : matin 37,5, soir 38,5.

2 septembre. — P. : matin 120, soir 120; T. : matin 37,7, soir 37,4.

4 septembre. — P. : 128, T. : 38,4.

Puis le pouls et la température deviennent normaux et la femme quitte le service en bon état.

OBSERVATION VII

Clinique Baudelocque.
(Année 1895.)

Observation n° 1841. — (D. J.) — Primipare de 22 ans. — Bonne.

Les antécédents héréditaires et physiologiques ne présentent rien de particulier à noter.

Rougeole à 4 ans.

Fièvre typhoïde à 7 ans.

Crise de rhumatisme articulaire aigu à 20 ans, avec complications cardiaques.

Première gestation terminée en septembre 1894 par l'expulsion prématurée au 7^e mois d'un enfant vivant. — Mort à 4 mois.

La femme aurait, à cette époque, présentée de l'albuminurie.

Gestation actuelle. — D. R. — Du 16 janvier 1895.

La gestation aurait évolué normalement.

21 novembre. — 20 heures. — Début du travail (à terme).

22 novembre. — 4 heures. — Entrée à la salle de travail. — Examen :

H. U. — 34 cm.

O. I. D. T.

Enfant vivant.

Dilatation comme 1 f.

Membrane intacte.

Pas d'albumine.

13 h. 10. — Dilatation complète. — Rupture artificielle des membranes. Liquide opalescent.

13 h. 25. — Expulsion spontanée d'un garçon du poids de 3.300 gr. (O. M.: 13,6, Bi-P.: 9,6)

Durée de la période d'expulsion : 15'.

Durée totale du travail : 17 h. 25.

13 h. 55. — (Soit 35' après l'expulsion.) Délivrance normale. Placenta du poids de 590.

Subitement et immédiatement après la délivrance, la femme accuse une très vive douleur qu'elle localise au niveau de l'anus avec violent ténesme rectal. En même temps, elle présente tous les symptômes d'une hémorragie considérable. Pâleur de la face — nau-sées — pouls petit et rapide: 100, 116, 130, 140 pulsations à la minute. Cependant l'utérus est très dur et contracté et il ne s'écoule pas de sang au dehors. C'est alors que le toucher vaginale fait reconnaître une tumeur molle et fluctuante qui occupe toute la région droite du vagin et la fosse ischio-rectale. Sous le doigt, l'hématome augmente, se tend de plus en plus et acquiert bientôt le volume d'une petite orange.

Traitement. — Injection vaginale. — Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée. — Bandage vulvaire compressif. (P. : 140, T. : 37,2.)

La femme est transportée dans une chambre. Les jours suivants on ne constate pas d'élévation de température. L'hématome reste quelque temps stationnaire, sans aucun phénomène local.

12 décembre. — (20^e jour après l'accouchement.)

La tumeur offre le volume d'une mandarine, elle

diminue peu à peu et en même temps sa base d'implantation semble également diminuer — elle durcit — se tend et paraît s'énucléer en quelque sorte de la paroi vaginale où elle est fixée.

18 décembre. — M. Pinard examine la femme et trouve la tumeur considérablement diminuée, elle n'est nullement douloureuse. Il autorise la femme à quitter la clinique.

OBSERVATION VIII

Clinique Baudelocque.
(Année 1897.)

Observation n° 1850. — (M. J.) — Primipare 16 ans. — Ménagère.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires physiologiques et pathologiques.

D. R. — Du 26 au 28 décembre 1896.

Depuis le 7^e mois de sa gestation, la femme se repose à l'asile de l'avenue du Maine.

5 octobre. — La femme est hospitalisée au dortoir de la clinique où elle attend son accouchement, car elle peut être à terme d'après la date de ses D. R.

11 octobre. — 12 h. 35. — La femme ayant ressenti les premières contractions utérines douloureuses, entre à la salle de travail où on l'examine :

H. U. — 32 cm.

O. I. G. A.

Enfant vivant.

Dilatation de grande paume de main.

Membranes intactes.

Pas d'albumine.

12 h. 55. — Dilatation complète. — Rupture artificielle des membranes. — Liquide amniotique opalescent.

13 h. 15. — Expulsion d'une fille vivante de 3.550 gr. (O. M. : 14,2, Bi-P. : 9,3) Légère déchirure de la fourchette.

Durée de la période d'expulsion : 20'.

Durée totale du travail :

14 heures. — *Délivrance normale.* — (45' après l'accouchement.) Presque aussitôt la femme ressent de violentes douleurs au niveau du rectum qui l'invitent malgré elle à faire des efforts expulsifs. (P. : 80, T. : 37.)

En pratiquant la toilette vulvaire, on constate en écartant les grandes lèvres la présence d'une tumeur d'aspect violacé en rapport avec la partie latérale droite et inférieure du vagin. Le toucher démontre que la tumeur s'étend de la vulve au cul de sac latéral droit — elle est rénitente. On porte le diagnostic de *thrombus périvaginal droit*.

14 h. 15. — Les douleurs éprouvées par la femme au niveau du rectum et de la fesse droite sont de plus en plus accusées. La parturiente commence à s'agiter.

17 heures. — On constate l'augmentation graduelle de la tumeur. On fait à la femme une injection de morphine qui la calme et lui permet le repos.

21 heures. — T. : 38, P. : 96.

24 heures. — T. : 37,6, P. : 102.

12 octobre. — 5 heures. — Les douleurs périnéales recommencent, mais avec moins d'intensité que la veille.

6 heures. — T. : 37, P. : 100. La femme commence à

s'agiter de nouveau. — Potion au chloral qui calme la femme.

8 heures. — T. : 37,1, P. : 98. — Toilette.

9 heures. — On répare à l'aide de 2 points de suture la brèche faite à la fourchette au moment de l'expulsion du fœtus. Puis la femme est conduite dans une chambre. Là on constate l'apparition d'œdème au niveau des grandes lèvres.

13 octobre. — L'œdème de la grande lèvre gauche a disparu, celui de la grande lèvre droite a sensiblement augmenté sans aucune induration.

Aucune douleur. — P. : 104, T. : 37,6.

15 octobre. — Sur la fesse droite existe une ecchymose triangulaire parallèle au sillon fessier, partant de la grande lèvre droite et ayant 12 cm. de longueur.

Le toucher rectal permet de constater que tout est souple en arrière. Le côté droit du rectum est refoulé par la tumeur.

Le tissu cellulaire sous-jacent au thrombus est souple.

En faisant la toilette on s'aperçoit alors qu'une assez grande quantité de sang est répandue dans le lit.

La grande lèvre est dégonflée. Au toucher vaginal la tumeur sanguine paraît moins tendue et près de la vulve existe un orifice par lequel s'écoule du sang. (P. : 108, T. : 38,2.)

16 octobre. — L'orifice d'écoulement est agrandi avec des ciseaux de façon à obtenir une ouverture régulière de 5 cm. de longueur. — La tumeur est vidée des caillots qu'elle contient (220 gr.) avec très peu de sang liquide qui s'échappe en même temps. (T. : 38,5, P. : 102.)

La cavité est irriguée au bi-iodure de mercure. Une très petite mèche de gaze iodoformée est introduite. Le

vagin est également tamponné avec de la gaze iodoformée.

17 octobre. — T. : 37,9, P. : 104.

18 octobre. — Le tampon vaginal est enlevé.

Injection intra-utérine car la température atteint le **matin 38°7**, le pouls est à 104. — L'eau de lavage est légèrement troublé.

Ablation des fils périnéaux.

Le soir, T. : 38,6, P. : 104.

19 octobre. — Matin, P. : 92, T. : 38,6.

Soir, P. : 84, T. : 38.

Les jours suivants la température et le pouls deviennent normaux et la femme quitte le service 26 jours après son accouchement, complètement guérie.

OBSERVATION IX

Clinique Baudelocque.

(Année 1898.)

Observation n° 1618. — (M. A.) — Primipare âgée de 32 ans.

Son père est mort alcoolique. — Sa mère a succombé à un cancer du sein.

Rien à noter dans les antécédents physiologiques et pathologiques.

D. R. — Du 10 au 15 janvier 1898.

Février. — Léger écoulement sanguin ayant persisté pendant une journée seulement.

3 septembre. — La femme vient consulter à la clinique. L'analyse de ses urines révèle la présence d'une grande quantité d'albumine. Malgré les conseils qui lui sont donnés de rester en surveillance au dortoir, la femme s'en va et ne revient que le 12 septembre, sans avoir suivi le régime ordonné. Aussi ses urines contiennent une grande quantité d'albumine. Régime et thérapeutique classiques.

13 septembre. — Albumine : 3 gr.

14 septembre. — Albumine : 2 gr. — Urines : 2 litres.

15 septembre. — Albumine : 1 gr. — Urines : 1 litre.

16 septembre. — Albumine 1 gr.

17 septembre. — Albumine : 1 gr. 25. — Urines : 1 litre.

18 septembre. — Albumine : 1 gr. 50. — Urines : 1 litre. (Diarrhée.)

19 septembre. — Albumine : 1 gr. 25. — Urines : 1 litre. (Diarrhée.)

20 heures. — Début du travail (8^e mois).

20 h. 30. — Entrée à la salle de travail. — Examen : Œdème considérable des membres inférieurs.

Albuminurie notable (1 gr. 25).

H. U. — 33 cm.

O. I. G. A.

Enfant vivant.

Dilatation de 1.

Membranes intactes.

22 h. 50. — Dilatation complète. — Rupture artificielle des membranes. — Liquide amniotique verdâtre.

23 h. 40. — Expulsion d'un garçon vivant de 2.540 gr. (O. M.: 13, Bi-P.: 8.)

Durée de la période d'expulsion : 50'.

Durée totale du travail : 3 h. 40.

20 septembre. — 0 h. 20. — Délivrance normale par expression française.

Le Placenta pesant 600 gr. présente des foyers hémorragiques anciens. (P. : 80, T. : 37°2.)

1 h. 30. — La femme perd un peu de sang. — L'utérus est mou. — On enlève les caillots intra-utérins par une légère expression. En pratiquant le toucher vaginal, le doigt perçoit à droite une tumeur fluctuante assez volumineuse, c'est un thrombus périvaginal qui s'est formé après la délivrance. Il occupe presque tout le côté droit du vagin.

La femme se plaint de douleurs dans le petit bassin, de crampes dans les membres inférieurs. — Ténésme rectal. — Envie invincible de faire des efforts expulsifs.

Tendances syncopales. Cependant le pouls est bien frappé (96 pulsations à la minute). Injection intra-utérine. Potion avec 4 gr. de chloral.

7 h. 30. — Nouvelle tendances syncopales. — Sensation de froid. — On réchauffe la femme à l'aide de boules chaudes et de linges chauds. Elle prend un grog. (P. : 84, T. : 36,8.)

Suites de couches absolument apyrétiques et sans complication. — Disparition graduelle de l'albuminurie.

29 septembre. — La femme quitte la clinique 10 jours après son accouchement, en bon état de santé.

OBSERVATION X

Clinique Baudelocque.
(Année 1900.)

(Observation recueillie par M. Paquy, chef de clinique, au cours d'une leçon clinique de M. Pinard, et publiée dans le *Bulletin Médical* (n° 53 de 1900.)

Observation n° 741. — (P. C.) — Primipare de 22 ans.
— Blanchisseuse.

Rien à retenir qui soit digne d'intérêt dans ses antécédents.

D. R. — Du 10 au 14 juillet 1899.

Gestation sans accident. — *Traumatisme sexuel* le 20 avril.

22 avril. — 5 heures. — Début prématuré du travail.
— (La femme ne peut être à terme, en effet, si on fait le rapport du poids fœtal au poids placentaire donné plus loin.)

7 heures. — Entrée à la salle de travail. — Examen :

H. U. — 33 cm.

O. I. G. A.

Enfant vivant.

Dilatation comme 2 f.

Membranes intactes.

Pas d'albumine.

9 h. 45. — Dilation complète. — On rompt artificiel-

lement les membranes. — Le liquide est opalescent.

10 h. 15. — Expulsion d'une fille vivante pesant 2.930 gr. (O. M.: 13,5, Bi-P.: 8,2.) V

Durée de la période d'expulsion : 30'.

Durée totale du travail : 5 h. 15'.

10 h. 50. — Délivrance normale 35' après l'accouchement.

Le placenta pèse 450 gr. (P. : 72, T. : 36,9.)

Une heure après l'accouchement, la femme accuse une violente douleur au niveau des organes génitaux externes.

A l'examen on constate qu'un thrombus périvulvaire vient de se former à droite. La tuméfaction de la grande lèvre atteint le volume d'une mandarine, de coloration noire. Au toucher, on s'aperçoit que ce thrombus est également périvaginal et qu'il remonte le long de la paroi vaginale droite jusqu'au cul de sac latéral.

Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

Injection sous-cutanée de 1 centigramme de morphine pour calmer la douleur.

Suites de couches apyrétiques.

1^{er} mai. — Le volume du thrombus a diminué, mais sur la face interne de la grande lèvre droite, à 2 cm. environ de la fourchette une ulcération circulaire de la largeur d'une grosse lentille, laisse sourdre un sang noir, mêlé de caillots de même couleur. On incise avec des ciseaux. On agrandit ainsi l'orifice de la cavité que l'on vide de ses caillots, environ 2 cuillerées à soupe. On bourre la cavité avec de la gaze iodoformée que l'on retire les jours suivants. *La cicatrice se fait rapidement* et la femme quitte la clinique le 9 mai, complètement guérie.

OBSERVATION XI

Clinique Baudelocque.
(Année 1900.)

Observation recueillie par M. Paquy, chef de clinique, au cours d'une leçon clinique de M. Pinard, et publiée dans le *Bulletin Médical* (N° 53 de 1900).

Observation n° 747. — (R. A.) — Femme en état de gestation *pour la quinzième fois*, âgée de 38 ans.

Sans antécédents héréditaires ni personnels. Cinq gestations se sont terminées par des avortements de 2 à 4 mois après les dernières règles, 9 se sont terminées par l'expulsion à terme ou près du terme d'enfants vivants, dont 7 seulement sont vivants actuellement.

Gestation actuelle. — D. R. — Du 4 au 7 juillet 1899.

3 avril. — Hospitalisation à la clinique. — Repos au lit.

22 avril. — 13 heures. — Début du travail.

21 heures. — Entrée à la salle de travail. — Examen : H. U. — 42 cm. (Excès de liquide amniotique.)

Gauche transverse.

Enfant vivant.

Dilatation de 2.

Membranes intactes.

Pas d'albumine.

Varices des membres inférieurs.

23 avril. — 4 heures. — Dilatation complète. — Rupture artificielle des membranes : on recueille 1.200 gr. de liquide amniotique opalescent.

4 h. 35. — Expulsion d'un garçon vivant du poids de 4.530 gr. (O. M.: 14,6, Bi-P.: 9.)

Durée de la période d'expulsion : 35'.

Durée totale du travail 15 h. 35'.

5 h. 10. — Délivrance normale 45' après l'expulsion.

Placenta : 830 gr.

Les jours suivants, la femme ne présente absolument rien d'anormal.

28 avril. — L'accouchée se plaint à la sage-femme de ce que depuis son accouchement elle éprouvait une douleur assez vive au niveau du rectum. La sage-femme pratique le toucher vaginal et découvre un thrombus du volume d'un œuf de poule situé le long de la paroi vaginale droite.

Les parties voisines ont une coloration violacée. — Le thrombus est entièrement intra-vaginal.

1^{er} mai. — La femme ne ressent plus que de légères douleurs.

11 mai. — M. Pinard examine l'état de cette femme et trouve le thrombus diminué de volume, il est maintenant de la grosseur d'un œuf de pigeon. Auparavant il remplissait toute la moitié droite du vagin jusqu'à environ un travers de doigt du cul de sac latéral

13 mai. — La femme quitte le service en parfait état.

OBSERVATION XII

Clinique Baudelocque.

(Année 1903.)

Observation n° 1996. — (G. M.) — Primipare de 17 ans.
— Bonne.

Thrombus apparu en période d'expulsion.

Rien d'intéressant dans ses antécédents.

D. R. — Du 15 février 1903. — La gestation aurait évolué normalement d'après ce que rapporte la femme. Elle n'a pas consulté.

30 novembre. — 23 heures. — Début du travail (à terme).

24 heures. — Entrée à la salle de travail. — Examen :

H. U. — 34 cm.

O. I. G. A.

Enfant vivant.

Dilatation connue 50 cent.

Membranes intactes.

Pas d'albumine.

Vergétures nombreuses et très accusées.

Légères varices vulvaires.

1^{er} décembre. — 4 heures. — Dilatation complète. — Rupture artificielle des membranes. — Liquide amniotique normal. La femme entre en période d'expulsion.

Au cours de cette période, alors que la tête fœtale

apparaît dans l'orifice vulvaire dilaté comme une pièce de 5 francs; au moment où la tête après la contraction utérine et abdominale rentre dans le bassin mou, on aperçoit une tumeur rouge noirâtre, de la grosseur d'une mandarine, siégeant sur la face interne de la grande lèvre droite.

Cette tumeur éclate d'elle-même donnant issue à du sang noirâtre, fluide, qui s'écoule de la plaie pendant toute la durée de l'expulsion. L'hémorragie provenant de ce thrombus s'arrête spontanément avec la rétraction des parties molles après l'accouchement et après l'injection vaginale chaude.

Le poulx est resté à 84 sans variation.

T. : 37,3.

5 h. 30. — Expulsion d'un garçon vivant du poids de 3.840 gr. (O. M.: 14,2, Bi-P.: 9,3.)

6 heures. — Délivrance normale 30' après l'accouchement.

Placenta : 600 gr.

Durée de la période d'expulsion : 1 h. 30.

Durée totale du travail: 6 h. 30.

Suites de couches complètement apyrétiques. Il est à noter que le 1^{er} décembre, au moment de la visite du matin, on découvre sur le pariétal droit du fœtus un *céphalétome* de la dimension d'une pièce de 2 francs.

11 décembre. — La mère et l'enfant, en bon état, quittent la clinique.

OBSERVATION XIII

Clinique Baudelocque.
(Année 1906.)

Observation n° 1087. — (D. L.) — Primipare 20 ans. —
Domestique.

Rien à noter au sujet de ses antécédents.

D. R. — *Du 16 au 24 septembre 1905.*

26 juin. — Midi. — Début du travail (à terme).

13 heures. — Entrée à la salle de travail. — Examen :

H. U. — 32 cm.

O. I. G. A.

Enfant vivant.

Dilatation de 5 f.

Membranes rompues prématurément le 26 juin à
11 heures (soit 1 h. avant le début du travail).

18 h. 50. — Dilatation complète.

19 heures. — Expulsion d'une fillette pesant 3.350 gr.
(O. M. : 13.5, Bi P. : 9.)

Durée de la période d'expulsion : 10'.

Durée totale du travail : 7 heures.

19 h. 30. — Délivrance normale 30' après l'accouche-
ment.

Placenta : 420 gr. (P. : 90, T. : 37.)

Quelques instants après on constate au niveau de la
vulve une tumeur du volume d'un œuf. En pratiquant

le toucher on découvre la présence d'un thrombus qui se rompt presque aussitôt. Le pouls est à 80 pulsations à la minute. La femme perd un peu de sang. Le pouls s'accélère et atteint 100 pulsations. — Compression vaginale à la gaze iodoformée. — L'hémorragie s'arrête. — Suites de couches normales. — La femme sort le 17 juillet.

OBSERVATION XIV

Clinique Baudelocque.

(Année 1907.)

Observation n° 1246. — E. Y. — Primipare de 22 ans.
— Domestique.

Sans antécédents à signaler.

D. R. — Fin octobre (Irrégulièrement réglée).

3 juin. — Admission au dortoir de la clinique.

Le palper permet de faire le diagnostic de la gestation double.

8 août. — 8 heures. — Apparition des première contractions utérines douloureuses.

12 heures. — Entrée à la salle de travail. — Examen :
H. U. — 40 cm.

Gestation gémellaire..

Enfants vivants.

Le premier fœtus se présente par le siège.

Le pôle inférieur du second fœtus est situé dans la fosse iliaque gauche.

Dilatation de 5 f.

Membranes intactes.

Pas d'albumine.

13 h. 55. — Dilatation complète. — Rupture spontanée des membranes. — Liquide vert. — Procidence du cordon.

14 heures. — Expulsion du premier fœtus vivant. — Extraction de la tête dernière par la manœuvre de Mauriceau-Pinard. — Poids du fœtus : 1.900 gr. (O. M. : 11,8, Bi-P. : 8,1.)

On s'assure aussitôt de la présentation longitudinale du second fœtus et on rompt artificiellement les membranes du deuxième œuf.

14 h. 25. — Expulsion du second fœtus. — Poids : 2.380 gr. (O. M. : 11,9, Bi-P. : 8,4.)

14 h. 55. — Délivrance normale. — Poids du placenta : 700 gr.

Durée de la période d'expulsion 30' pour les deux fœtus.

Durée totale du travail : 6 heures.

De 14 h. 55 à 19 heures. — Tout est normal. (P. : 88, T. : 36,7.)

19 heures. — La femme éprouve une pesanteur au niveau de la région vésicale et une douleur continue au niveau lombaire.

Peu après c'est une sensation de tension de la région rectale, une envie insurmontable de pousser. La douleur augmente très rapidement d'intensité et la femme ne cesse de réclamer un remède à son mal.

19 h. 30. — On constate qu'il existe à la partie inférieure de la grande lèvre droite une tuméfaction du

volume d'un œuf de poule. Cette tuméfaction est très tendue, noirâtre et se prolonge dans la paroi latérale droite de la cavité vaginale.

Il existe au niveau de la région fessière correspondante une ecchymose noire, très foncée, s'étendant jusqu'à environ 10 centimètres en dehors de la vulve. Pendant toute la nuit, les douleurs persistent avec exacerbations donnant la sensation de coups d'aiguille. La tumeur s'accroît encore, mais très modérément. Pas de ténésme rectale, mais épreintes vésicales.

10 août. — La femme ne peut uriner spontanément, on doit recourir au cathétérisme avec application de compresses chaudes. (P. : 90, T. : 36,9.)

11 août. — Le thrombus déjà diminué de volume par résorption de son contenu et l'ecchymose est plus pâle. Cependant on doit continuer le cathétérisme vésical jusqu'au 14 août. Jusqu'à cette date, les selles n'ont lieu qu'après lavement.

14 août. — Le thrombus est en grande partie résorbé, l'ecchymose est encore plus pâle. Pouls et température normaux.

17 août. — La grande lèvre droite a repris à peu près son volume normal et l'ecchymose très pâle est à peine visible. Le toucher pratiqué le neuvième jour fait constater sur la paroi latérale droite du vagin une tuméfaction de consistance molle remontant dans le vagin à environ 8 centimètres de l'orifice vulvaire et remplissant à peu près la cavité vaginale. Cette tuméfaction n'apporte pas de gêne dans l'écoulement des lochies qui sont brunâtres et très légèrement fétides.

A partir du 17 août les lochies ne sont plus odorantes. La vulve est revenue à son état normal. L'ecchymose a complètement disparu. Pas de troubles fonctionnels.

24 août. — Examen fait par M. Mouchotte, chef de clinique.

Au toucher vaginal, on sent sur la partie latérale droite de l'excavation une tumeur discoïdale, aplatie, beaucoup moins saillante qu'antérieurement et laissant perméable la plus grande partie du canal vaginal. Cette tuméfaction commence en haut, à 1 cm. au-dessous de l'orifice cervical et se termine un peu au-dessous des caroncules. Son diamètre transversal est un peu plus grand qu'une pièce de 5 francs. Le toucher rectal permet de faire les mêmes constatations. La tumeur est de consistance pâteuse.

A la partie tout inférieure du thrombus, dans la cavité vaginale, à 2 cm. environ en arrière de l'orifice de la glande de Bartholin correspondant, il existe une petite solution de continuité de la dimension d'un pois. Par cette orifice s'échappent des fragments de caillots noirâtres lorsqu'on exerce une pression sur la tumeur. On continue les injections antiseptiques fréquentes.

Clinique Baudeloque.

14 septembre. — La femme quitte le service, complètement guérie.

OBSERVATION XV

(Année 1909.)

Observation n° 1875. -- (R. M.) -- Primipare âgée de 22 ans. -- Femme de ménage.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et physiologiques.

Vers l'âge de 18 ans, la femme aurait été atteinte d'une affection nerveuse, caractérisée par des crises entraînant la perte de connaissance et se reproduisant 4 à 5 fois par jour environ par période plus ou moins espacées. L'état pathologique aurait persisté 6 mois pendant lesquels les règles étaient irrégulières et douloureuses.

D. R. -- Du 6 au 12 février 1909.

Rien de particulier à noter pendant la grossesse qui a été suivie à la clinique.

21 novembre. -- 17 heures. -- Apparition des premières contractions utérines douloureuses (à terme).

22 novembre. -- 3 heures. -- Entrée à la salle de travail. -- Examen :

H. U. -- 35 cm.

O. I. G. A.

Enfant vivant.

Dilatation de 5 f.

Membranes intactes.

Pas d'albumine.

12 h. 50. — Dilatation complète. — Rupture artificielle des membranes. — Liquide amniotique opalescent.

13 h. 50. — Expulsion d'un garçon vivant du poids de 3.400 gr. (O. M.: 14,3, Bi-P.: 9.)

Durée de la période d'expulsion : 1 heure.

Durée totale du travail : 19 h. 50.

14 h. 10. — La femme se plaint d'une vive douleur lombaire.

14 h. 20. — Délivrance par traction et expression combinées 30 secondes après l'accouchement. Poids du placenta : 600 grammes.

La douleur lombaire se calme temporairement.

Les soins consécutifs à la délivrance peuvent être donnés sans déterminer de nouvelles douleurs.

14 h. 40. — Vingt minutes après la délivrance, la femme accuse au niveau de la région vulvo-périnéale gauche des douleurs extrêmement vives qui lui arrachent des cris, en même temps, elle présente du ténésme rectal. A ce moment on ne voit aucun signe extérieur apparent. La femme est transportée à la salle Lachapelle. Les douleurs augmentent d'intensité, les cris redoublent. La femme s'agite dans son lit. Bientôt alors, on constate de l'œdème de la région vulvaire gauche. Cet œdème envahit les grandes et petites lèvres gauches qui gardent leur coloration normale. La muqueuse vaginale est soulevée par une collection. La coloration de cette muqueuse est également restée normale ; aucune trace d'éraillure sur la paroi vaginale.

Le palper de la grande lèvre gauche tuméfiée est douloureux. Empâtement du périnée à gauche se propageant jusqu'à la partie la plus saillante de la fesse gauche. Toute cette région est tendue et douloureuse.

Toucher vaginal. — Tuméfaction très tendue, très douloureuse de toute la paroi postérolatérale gauche et antérieure du vagin, ne dépassant pas la ligne médiane, s'étendant en arrière environ jusqu'à la moitié du canal vaginal et occupant toute la hauteur de la paroi vaginale.

Toucher rectal. — La muqueuse rectale est soulevée et tendue à gauche par une collection présentant les mêmes caractères de dureté et de sensibilité que la collection vaginale. Le pouls est à 88. Pas de température. Utérus bien rétracté. Pas d'urine dans la vessie. Les douleurs spontanées persistent de plus en plus violentes. Les envies de pousser se rapprochent. L'œdème vulvaire augmente. On injecte alors un demi-centimètre cube de morphine. Injections vaginales chaudes. Les douleurs s'atténuent légèrement. Injection de deux cuillérées à soupe de sirop de chloral. Application de compresses vulvaires chaudes et bandage en T.

Une heure après environ la femme redevient calme.

23 novembre. — L'œdème vulvaire s'est accentué, mais il est d'une consistance beaucoup plus molle à la palpation. La fesse est moins tendue. Les douleurs sont très atténuées. La coloration de la muqueuse vulvaire est normale. Le pouls est à 72.

30 novembre. — Diminution considérable de l'œdème.

3 décembre. — Le toucher vaginal montre que la tuméfaction située à gauche est encore du volume d'un poing. Elle refoule vers la droite toute la paroi postérolatérale gauche du vagin.

Le toucher rectal confirme ces constatations.

12 décembre. — La femme quitte la clinique sans avoir fait la moindre élévation de température. Mais le thrombus existe encore, bien que notablement diminué

de volume. A son départ il n'existe pas au niveau de la tumeur de solution de continuité.

OBSERVATION XVI

Clinique Baudelocque.
(Année 1911.)

(Observation publiée par MM. Pottet, Lévy et Champeau dans les *Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris*, le 11 décembre 1911.

Observation n° 1621. — Femme X..., primipare, âgée de 18 ans, se présente à la consultation de la clinique Baudelocque, le 16 novembre 1911, d'où on l'envoie provisoirement au dortoir, après avoir fait le diagnostic de présentation du siège. Les dernières règles datent du 16 au 21 février, la femme a toujours été réglée régulièrement pendant cinq jours depuis l'âge de 15 ans ; elle a eu ses premiers rapports à 17 ans, et, à l'exception d'une crise de rhumatisme articulaire aigu à 14 ans, elle ne présente rien qui mérite d'être signalé dans ses antécédents héréditaires, personnels et pathologiques. La grossesse actuelle n'a été troublée par aucun incident, la femme a consulté une fois à la Maternité où l'on a diagnostiqué une présentation du siège. Elle se repose depuis six mois chez elle, le dernier rapport a eu lieu il y a huit jours, pas d'albumine dans les urines.

16 novembre. — 9 heures du soir. — La femme ressent les premières contractions utérines douloureuses.

17 novembre. — 8 h. 15 matin. — La femme entre à la salle de travail. A l'examen on constate: H. U.: 31 centimètres.

Palper. — Un pôle en bas occupant le détroit supérieur; au fond de l'utérus, on trouve un second pôle fœtal. Les deux pôles sont réunis par un plan résistant situé à droite, se continuant avec un pôle inférieur et séparé du pôle supérieur par un sillon, le sillon du cou. Les petits membres entourent le pôle inférieur.

Auscultation. — Un foyer à droite de la ligne médiane se propageant vers le pubis.

Toucher. — Dilatation 2 francs, membranes intactes. On fait le diagnostic de *présentation du siège complet* en S. I. D. T.

Contractions utérines assez fréquentes et régulières.

9 h. 20 matin. — Dilatation 5 francs, membranes intactes. Bruits du cœur bons.

10 h. 15 matin. — Dilatation grande paume de main. Pose d'un ballon vaginal de Champetier de Ribes de 500 grammes. Bruits du cœur bons.

10 h. 25 matin. — Manœuvre et extraction du ballon.

10 h. 30 matin. — Sortie du ballon. Dilatation complète. Bruits du cœur bons. Les membranes se rompent spontanément.

10 h. 35 matin. — Les contractions abdominales et utérines sont puissantes. Le siège descend très rapidement sur le périnée qu'il déprime.

On assiste alors à l'expulsion spontanée du siège accompagné des membres inférieurs, du tronc. On fait l'anse au cordon; les membres supérieurs se dégagent spontanément.

10 h. 40 matin. — Extraction facile de la tête dernière par la manœuvre de Mauriceau-Pinard. L'enfant crie après désobstruction des voies respiratoires; il pèse 2.420 grammes. (C. M.: 12.2. Bi P.: 9.5.)

La délivrance est normale. Elle est faite par expression française 30 minutes après l'accouchement; le placenta se présente par le bord, il pèse 250 grammes.

11 h. 45 matin. — La femme signale une légère douleur près de l'anus, sans qu'elle puisse la localiser d'une manière précise. Pouls : 96. On exprime l'utérus et l'on en chasse ainsi quelques caillots.

Midi 45. — La femme n'a pas cessé de souffrir. La douleur provoquée siège au niveau de la partie inférieure de la grande lèvre droite qui est légèrement tuméfiée. Pouls : 96-100. T.: 37° 2.

Au toucher on constate une tuméfaction grosse comme une mandarine occupant la partie inférieure de la grande lèvre droite. Cette tumeur est tendue, dure et douloureuse à la pression. On fait le diagnostic de thrombus vulvo-vaginal.

On fait de la compression vaginale et vulvaire au moyen de tampons de gaze stérilisée maintenus par une bande serrée.

1 h. 45 soir. — La douleur continue, elle est plus aiguë. La tuméfaction a augmenté de volume. P.: 104-110.

La douleur cesse brusquement et la femme s'endort.

2 h. 30 soir. — M. Pinard et M. Coulevaire confirment le diagnostic et conseillent la compression. Pouls: 110.

Bientôt la douleur réapparaît. La tumeur sanguine gagne du terrain, elle envahit toute la hauteur de la grande lèvre et décolle les tissus au niveau du périnée

en se dirigeant vers l'anus et au niveau de la paroi postérieure du vagin.

3 heures soir. — Agitation. Pâleur de la face. Pouls : 120.

M. Pottet examine la femme et conseille la morphine. On injecte 1 centimètre cube d'une solution à 1/50. Un peu de calme renaît jusqu'à six heures. La femme sommeille légèrement.

5 heures soir. — Pouls : 120. T. : 37° 1. Pertes de caillots noirs et de sang qui viennent du thrombus rompu et ouvert dans le vagin.

6 heures soir. — Nouvelle agitation. P. : 120-124. T. : 37° 1. Piqûre de morphine 1 centimètre cube. Pertes de caillots et de sang. On renouvelle le pansement. La tumeur énorme occupe toute la lèvre droite, qui est tuméfiée et repousse en dehors la lèvre gauche; le périnée ainsi qu'une partie de la fesse droite sont distendus par l'épanchement. L'anus est œdématisé et déjà on aperçoit quelques traces d'ecchymoses à la partie inférieure de la grande lèvre droite. Dans le vagin la tuméfaction est également considérable. Partout la tension est très grande.

En regardant la face interne de la partie inférieure de la grande lèvre droite, on voit le point où la tumeur a fait éclater la muqueuse vaginale. Il s'écoule des caillots noirâtres et du sang, ce qui indique que l'hémorragie continue.

La femme souffre encore, mais un peu moins qu'au début. Cependant on renouvelle deux fois encore le pansement compressif qui est imbibé de sang. Le pouls s'élève peu à peu à 120-124-128.

11 heures soir. — Pouls : 130. Facies pâle. Agitation très marquée. Douleur suraiguë se reproduisant de nou-

veau. Il semble que l'hémorragie procède par petites poussées. T.: 37° 2.

La tension de la tumeur est considérable malgré l'élimination par son orifice de caillots et de sang.

11 h. 45 soir. — M. Pottet, sur le conseil de M. Couvelaire, ouvre sous chloroforme la tumeur sanguine. Il fait une incision verticale de 5 centimètres au niveau du point de rupture sur la face vaginale de la grande lèvre droite, à la partie supérieure. Evacuation de 450 grammes de caillots noirâtres. Lavage avec une solution d'aniodol à 50°; à ce moment l'hémorragie recommence et envahit à nouveau l'espace antérieurement occupé par le thrombus. Mais M. Pottet tamponne à fond la cavité de l'hématome vulvo-vaginal avec de la gaze iodoformée, ainsi que le vagin. L'hémorragie cesse définitivement.

Avant l'incision on note : Pouls : 131. — Tension artérielle: 18 (appareil de Pachon).

Après l'incision on note : Pouls : 108. — Tension artérielle : 15,5.

Le pouls étant faible et irrégulier, on injecte 50 gr. de sérum physiologique sous la peau et l'on réchauffe la malade au moyen de grogs, de linges chauds, de boules chaudes.

Les suites opératoires ont été les suivantes :

17 novembre. — 11 h. 45 soir. — Nuit bonne, la femme ne souffrant plus du tout a bien dormi.

18 novembre. — 9 heures matin. — T.: 37°; P.: 96. La femme n'a pas uriné depuis son accouchement. Journée bonne. La femme se plaignant un peu du ventre, on applique de la glace en permanence. On injecte 40 grammes de sérum antistreptococcique. Dans la soirée on retire le tampon vaginal.

Le soir. — T.: 37° 2; P.: 108. La femme n'ayant pas uriné, on la sonde et on retire 500 centimètres cubes d'urine. Nuit bonne.

19 novembre. — 9 heure matin. — T.: 36° 7; P.: 88. La femme n'ayant pas uriné on retire par sondage 300 grammes d'urine, à partir de ce moment la femme va uriner spontanément et on recueille les urines qui sont normales.

Journée bonne. Ablation des mèches iodoformées du thrombus. Bon état.

Le soir. — T.: 37° 4. P.: 104.

20 novembre. — 9 heures matin. — Nuit bonne. T.: 36° 9. P.: 96.

Quantité totale d'urine émise spontanément: 1 litre.
Bon état général.

Le soir. — T.: 37° 6. P.: 100.

21 novembre. — 9 heures matin. — T.: 36° 9. P.: 90.

Le soir. — T.: 37° 7. P.: 100.

22 novembre. — 9 heures matin. — T.: 36° 7. P.: 80.
Bon état général et local.

Depuis l'opération la femme n'a plus souffert.

Le soir. — T.: 36° 8. P.: 96. La plaie est en bonne voie de cicatrisation.

27 novembre. — La malade quitte le service complètement guérie, allaitant son enfant. M. le professeur Pinard l'examine avant son départ et constate que la cicatrisation de la plaie est parfaite. Il conseille toutefois le repos génital pendant un mois.

11 décembre. — La malade a été revue par M. le professeur Pinard; il ne persiste qu'une légère induration au niveau de la cicatrice. L'état local et général est excellent.

OBSERVATION XVII

Clinique Baudelocque.
(Année 1912.)

Observation n° 21. — Mme L..., primipare, âgée de 21 ans. Couturière. — Rien dans ses antécédents ne mérite d'être retenu.

D. R. du 21 au 25 mars 1912.

La gestation surveillée à la clinique Baudelocque, où la femme vient consulter, n'a rien présenté de particulier.

3 janvier. — 6 heures. — Début du travail (à terme).

11 heures 30. — Entrée en la salle de travail. Examen.

H. U. — 34 centimètres.

O. I. G. A.

Enfant vivant.

Membranes intactes.

Pas d'albumine.

20 heures. — Dilatation complète. Rupture artificielle des membranes. Liquide amniotique opalescent.

20 h. 35. — Expulsion d'une fille vivante du poids de 3.400 grammes.

(O. M.: 13.5. Bi P. 9,6.)

Durée de la période d'expulsion: 35 minutes.

Durée totale du travail: 14 h. 35.

Délivrance par expression française 30 minutes après l'accouchement. Placenta : 450 grammes.

P.: 94. T.: 37° 1.

Deux heures environ après l'expulsion, la femme ressent des douleurs dans la région lombaire; douleurs sourdes continuelles avec irradiations dans la cuisse droite qui font prendre à la femme la position du décubitus latéral gauche, situation qui lui procure quelque soulagement.

Au toucher vaginal, M. Lévy, chef de clinique, trouve sur le côté droit du vagin une tumeur du volume d'un gros œuf. Le pôle inférieur de cette tumeur ovoïde est accessible à 2 centimètres environ derrière les petites lèvres. Son extrémité supérieure atteint presque le cul de sac latéral droit. Son grand diamètre est parallèle à l'axe du vagin et mesure à peu près 6 à 7 centimètres. La tumeur est rénitente et douloureuse.

La région vulvaire ne présente rien d'anormal. Tamponnement vaginal serré avec de la gaze iodoformée. P.: 120.

4 février. — 10 h. 30. — P.: 96. La région vulvaire ne présente rien d'anormal. Les phénomènes douloureux ont disparu. On laisse le tamponnement en place.

Suites couches normales.

13 janvier. — La femme quitte la clinique. L'état local et général est excellent.

OBSERVATION XVIII

Clinique Baudelocque.
(Année 1912.)

Observation n° 254. — (J. M.) — Primipare âgée de 33 ans. — Domestique. — Son père est vivant. — Sa mère serait morte d'une tumeur abdominale.

Rien à signaler dans ses antécédents physiologiques.

Fièvre typhoïde à 23 ans.

Bronchite et pleurésie à 27 ans.

D. R. — Du 20 au 28 mai 1911.

La gestation s'est passée sans incident et a été surveillée à la consultation de la clinique.

20 février. — Entrée au dortoir. — Examen:

H. U.: 34 cm. (Tension des parois exagérée par un excès de liquide amniotique.)

O. I. D. P.

Enfant vivant.

Membranes intactes.

Pas d'albumine.

Varices des membres inférieurs et de la vulve.

23 février. — 24 heures. — Début du travail.

24 février. — 0 h. 30. — Rupture précoce des membranes. — Issue d'une grande quantité de liquide opalescent.

3 heures. — Entrée à la salle de travail. — Examen:

H. U.: 32.

Enfant vivant.

O. I. D. P.

Membranes rompues.

Dilatation de 2 f

On fait une injection sous-cutanée de 40 cmc. de sérum antistreptococcique.

9 h. 45. — Dilatation complète.

10 h. 45. — Expulsion d'un garçon vivant du poids de 3.100 grammes. (O. M.: 14,7. — Bi-P.: 8,7.)

Durée de la période d'expulsion: 1 heure.

Durée totale du travail: 10 h. 45.

11 h. 15. — Trente minutes après l'accouchement, délivrance par expression française. — Placenta: 570 gr.

12 h. 45. — On assiste, en découvrant la femme pour lui faire une toilette, à la formation d'un petit thrombus périvulvo-vaginal gauche. La production de cette tumeur n'a déterminé chez la femme ni phénomène local ni général. Elle n'a ressenti aucune douleur. Les jours suivants, la température s'élève, la femme fait une lymphangite du sein gauche.

2 mars. — Ouverture du thrombus. — Légère hémorragie, compression avec des tampons de gaze iodoformée.

Puis, la femme ayant fait un abcès du sein et en même temps une affection pulmonaire aiguë s'étant déclarée, on la fait passer à l'infirmerie de la Maternité le 26 mars.

OBSERVATION XIX

Clinique Baudelocque.

(Année 1898.)

Observation n° 2.142. — (A. A.) — III pare de 22 ans.
— Irrégulièrement réglée. — Pas autre chose à signaler dans ses antécédents.

Deux puerpéralités antérieures se sont passées normalement. Le premier accouchement a eu lieu à terme, dit-elle. Le second au huitième mois. Des deux filles, élevées au biberon, la première est vivante, l'autre est morte à 1 mois.

Gestation actuelle. — D. R. du 18 au 21 février.

1898. — La gestation aurait évolué normalement.

Le 22 octobre, en se rendant à l'asile Michelet, la femme, perdant l'équilibre au moment du départ de l'omnibus où elle est montée, s'assied sur la barre de séparation des places. Brusquement, la femme ressent une douleur extrêmement vive au niveau de la vulve avec irradiations vers les cuisses, la région lombaire et l'abdomen. La femme rentre chez elle aussitôt, se couche et remarque une tumeur du volume d'un œuf de poule siégeant dans la lèvre droite. Cette tuméfaction est très dure. Repos au lit 3 jours, après lesquels la femme retourne à Michelet, d'où on la dirige sur Baudelocque, le 27 octobre.

Examen. — Tumeur de la petite lèvre droite du volume d'une mandarine, faisant saillie au devant de l'orifice vulvaire. Consistance molle. Teinte ecchymotique très prononcée de la muqueuse. La grande lèvre correspondante est refoulée en dehors et présente également une ecchymose qui se prolonge jusque sur la fesse droite.

Le toucher démontre que l'hématome est limité à la petite lèvre droite et que les parois vaginales offrent une consistance normale, de même que les grande et petite lèvres gauches.

La femme accoucha le 6 décembre d'un garçon vivant de 4.045 grammes s'étant présenté par le siège.

L'accouchement fut absolument normal et la femme sortit en parfait état le 19 décembre.

CONCLUSIONS

1° La dénomination de thrombus de la vulve et du vagin est défectueuse. Il est beaucoup plus logique de dire: « Hématome périvulvaire et périvaginal. » Cependant, l'expression thrombus, consacrée par un long usage pourra être employée.

2° Le thrombus périvulvaire et périvaginal peut exister pendant la gestation puisque nous en publions un cas (Observation XIX).

3° Mais seul le thrombus puerpéral obstétrical périvulvaire et périvaginal est véritablement du domaine de l'accoucheur et ne se produit que pendant le travail, sous

l'influence du traumatisme obstétrical et pendant ou après la délivrance.

4° Le thrombus pelvi-abdominal ou génito-pelvien, comme disaient les anciens accoucheurs, est toujours lié à la rupture utérine, comme tel renvoyé à ce chapitre, n'étant pas d'origine périvulvaire ou périvaginal.

5° Le thrombus pédicule du vagin n'a aucun des caractères de thrombus périvulvaire et périvaginal et on doit le classer à part; aussi nous ne l'étudierons pas dans ce travail.

6° Le thrombus puerpéral obstétrical périvulvaire et périvaginal est une affection très rare (un cas sur 3.000 accouchements; *Statistique de la clinique Baudelocque*, 1883-1914).

7° Le thrombus puerpéral, périvulvaire et périvaginal est plus fréquent chez les primipares.

8° Le jeune âge prédispose à l'apparition du thrombus.

9° Depuis l'avènement de l'asepsie et de l'antisepsie le pronostic du thrombus puerpéral a complètement changé et est devenu bénin dans la majorité des cas.

Vu, le Président de la thèse,
PINARD.

Vu, le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDEBERT et GARIPUY. — Thrombus puerpéral (*Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris* (séance de Toulouse, 8 novembre 1911, p. 372).
- AUVARD. — *Thérapeutique obstétricale*, Paris, 1893, p. 188.
- BAILLY. — Thrombus de la lèvre gauche de la vulve et de la paroi correspondante du vagin (*Archives de tocologie des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés*, Paris, 1874, septembre, p. 572).
- BAR (Paul), A. BRINDEAU et J. CHAMBRELENT. — *La pratique de l'art des accouchements*, Paris, 1909 (deuxième édition, t. II, p. 636).
- BAR (Paul). — Emploi du procédé de Nomburg au cours de l'incision d'un thrombus du vagin (*L'Obstétrique*, Paris, séance du 17 mars 1910).
- BARNES (R.). — *Leçons sur les opérations obstétricales et le traitement des hémorragies ou guide de l'accoucheur dans les cas difficiles* (Traduction sur la 2^e édition par le docteur A.-E. Cordes, Paris, 1873, p. 469).
- BAUDELOCQUE. — *L'Art des Accouchements*, Paris, 8^e édit., 1844, p. 263).
- BENDER. — Thrombus et hémorragie très grave au cours d'une bartholinite (*O. G. P.*, 22 avril 1912).
- BLOT. — Des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement (*Thèse d'agrégation*, Paris, 1853).
- BOIVIN (Mme) et DUBOIS (Ant.). — *Traité pratique des maladies de l'utérus*, Paris, 1833, t. II, p. 633.
- BORIES (Elie). — Thrombus génitaux puerpéraux (*Thèse de Paris*, 1904).
- BOUILLY (G.). — *Manuel de pathologie externe*, 3^e édit., Paris, 1892, t. IV, p. 291.
- BOYER (M. le baron). — *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent*, Paris, 1831, t. X, p. 323.

- BUDIN. — *Femmes en couches et nouveau-nés*, Paris, 1897, p. 13.
 — *Le Progrès médical*, 1887, 2^e série t. V, p. 437.
 — *Archives de Tocologie*, Paris, 30 juin 1887, p. 564.
- BUREAU. — *Guide pratique de l'accouchement*, Paris, 1892, p. 206.
- CAUBET (Mlle). — Thrombus vaginal après l'accouchement; Suites de couches physiologiques (*Revue d'obstétrique internationale*, 11 déc. 1898, p. 725).
- CAUWENBERGHE. — Thrombus et hématomes vulvo-vaginaux (*Bull. Soc. belg. gynéc. et obst.*, t. XXIII, p. 167).
- CAZEAX. — *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, Paris, 1858, 6^e édit., p. 160.
 — *Gazette médico-chirurgicale*, 28 février 1846.
- CHAILLY-HONORÉ. — *Traité pratique de l'art des accouchements*, Paris, 1853, p. 925).
- CHURCHILL (Fleetwood). — *Traité pratique des maladies des femmes et des enfants* (traduit de l'anglais sur la 5^e édition par les docteurs Alex. Wieland et Jules Dubrisay, Paris, 1866, 2^e partie, p. 842).
- CHAINTE. — Thrombus intra-vaginaux (3^e observ.) (*Lyon médical*, 12 janvier 1890).
- COTRET (René de). — Hématomes ou thrombus vulvo-vaginaux (*Journal de médecine et de chirurgie de Montréal*, 14 décembre 1907; in *Semaine gynéc.*, Paris, 1908, p. 80).
- COULHON. — Thrombus intra-vaginal volumineux (*Gazette des Hôpitaux*, 25 oct. 1888).
- CROS (M.). — Le Thrombus vaginal (*Thèse de Toulouse*, déc. 1910, n^o 923).
- DARCAME-MOUROUX. — Une cas de thrombus pédiculé du vagin (*O. G. P.*, avril 1909).
 — *Bulletin médical*, 1909, n^o 32, p. 382.
- DÉLÉPINE. — Deux cas de thrombus de la vulve et du vagin (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 1901, p. 587 à 592; In *Sem. gyn.*, 1902, p. 22).
- DEMELIN. — *Obstétrique d'urgence*, Paris, 1900, p. 113.
- DEVOIR (Et.). — Contribution à l'étude des thrombus puerpéraux (*Thèse de Paris*, 1896).
- DUBRISAY et JEANNIN. — *Précis d'accouchement*, 2^e édit., Paris, 1905, p. 320.
- DUGÈS (Ant.). — *Manuel d'obstétrique*, Paris, 1840, p. 234.
- FABRE. — Nouvel exemple d'une rupture d'un thrombus de la vulve (moyen d'arrêter l'hémorragie) (*Revue médico-chirurgicale de Paris*, 1850, p. 173).

- FUNCK-BRENTANO. — *Comptes rendus de la Soc. d'O. G. P. de Paris*, 11 janvier 1909, p. 9.
- GAULARD et BUÉ. — *Accouchements et maladies des femmes en couches*, Paris, 1901, p. 168.
- GILLES (R.) (de Toulouse). — Une observation de thrombus vaginal (*Revue mensuelle d'O. G. P.*, avril 1911; *In Sem. gyn.*, Paris, 1911, p. 156).
- HERVIEUX. — *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales; Suites de couches*, Paris, 1870, p. 457.
- HUBERT DE LOUVAIN (L.-H.). — *Cours recueillis par son élève de Cooman*, 1863-1864, p. 1075.
- JACQUEMIER. — *Manuel des accouchements*, Paris, 1846, t. II, p. 316.
- JOHAMOWSKY. — Une observation de thrombus pédiculé du vagin (*Arch. f. gynæk.*, Bd. XI, p. 375, 1877).
- JUSSO (J.-B.). — Thrombus pédiculé du vagin (*Revista de la Sociedad medica argentina*, Buenos-Ayres, mai 1892).
- LEGOUAIS. — *Dictionnaires des Soc. médicales*, Paris, 1821, t. 55, p. 118.
- LENIEF. — Du thrombus superficiel et pédiculé du vagin (*Thèse de Paris*, 1910).
- LEPAGE. — Une cas de thrombus périnéal, après un accouchement spontané (*O. G. P.*, Paris, séance du 6 avril 1903, p. 60).
- LIBOV (B.-A.). — Un cas d'hématome de la vulve (*Wratsh*, 1899, n° 24).
- LOVIOT. — Un cas de thrombus du vagin pendant le travail chez une hémophile; Embolie pulmonaire; Guérison (*Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, séance du 13 mars 1890).
- Double thrombus au niveau de l'orifice hymeneo-vaginal chez une primipare au 7^e mois de la grossesse (*Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, séance du 9 oct. 1890).
- LWOFF. — Thrombus des organes génitaux externes et du vagin (*Zeitschrift f. geburt gynæk*, Bd XIII, heft 1, 1887).
- MAX. — Contribution à l'étude du thrombus génital puerpéral (*Thèse de Paris*, 21 avril 1910).
- MAYGRIER. — Des thrombus de la vulve et du vagin (*Journal des Praticiens*, Paris, 11 juin 1904).
- MONTGOMERY (W.-F.). — Forme particulière de thrombus survenant pendant le travail et l'accouchement (*Revue méd.-chirurgicale de Paris*, 1852, t. II, p. 48).
- OUL. — Thrombus vulvo-périnéal (*Bulletin de la Société d'O. G. P. de Paris*, réunion de Lille, 20 juin 1912, p. 368).
- PAQUY (E.). — *Manuel de pratique obstétricale*, Paris, 1910, p. 329.

- PERRET (Paul). — Des tumeurs sanguines intra-pelviennes pendant la gestation normale et l'accouchement (*Thèse de Paris*, 1864).
- PERREYMOND (de Toulon). — Thrombus puerpéral de la vulve et du vagin (*Annales de gyn.*, Paris, fév. 1883, p. 97).
- PHILIPON. — Des hématomes de la vulve et du vagin au cours de la puerpéralité (*Thèse de Paris*, 1900).
- PINARD. — Clinique obstétricale; Le thrombus puerpéral de la vulve et du vagin (*Bulletin médical*, Paris, 1900, n° 53; *Revue pratique d'obst. et de pædiatrie*, Paris, 1911, p. 359).
- PLAYFAIR (W.-S.). — *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements* (Traduit de la 2^e édition anglaise parue en déc. 1878, par le docteur Vermeil, Paris, 1879, p. 483).
- P. M. C. — *Nouvelle pratique médico-chirurgicale illustrée*, Paris, 1911, t. VIII, p. 1049.
- POTOCKI. — Thrombus vulvo-vaginal survenu au 3^e jour des couches peu après une injection intra-veineuse de collargol (*Comptes rendus de la Société d'O. G. P. de Paris*, fév. 1910, p. 73).
- POTOCKI et SAUVAGE. — *Annales de gynécologie*, 1913.
- POTTET, LEVY, CHAMPEAU. — *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris*, séance du 11 décembre 1911.
- RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — *Précis d'obstétrique*, Paris, 1898, p. 998s, 4^e édition.
- ROBUCHON. — Thrombus de la lèvre gauche de la vulve; Rupture partielle de la tumeur sanguine au moment de l'accouchement; Hémorragie consécutive (*Archives de tocologie, etc.*, Paris, mars 1875, p. 186).
- ROUVIER (Alger). — Thrombus du col (Analyse dans l'*Obstétrique*, Paris, octobre 1910, p. 842).
- RUSTHON PARKER. — *Brit. méd. J.*, 28 mai 1887; Deux observations résumées dans le *Répertoire universel d'obstétrique et de gynécologie*, n° 23, 25 août 1887, p. 435.
- SCANZONI (F.-W. de). — *Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme* (Traduction des docteurs H. Dor et A. Socin, Paris, 1858, p. 498).
- SCHACHMANN. — Le thrombus du vagin chez les femmes enceintes (*Thèse de Paris*, fév. 1898).
- STÉPANOFF (Mme S.). — Contribution à l'étude des thrombus puerpéraux (*Thèse de Paris*, juillet 1902).
- TARNIER et BUDIN. — *Traité de l'art des accouchements*, Paris, 1898, t. III, p. 660 et 680.

TARNIER et BUDIN. — Article sur le thrombus de la vulve et du vagin.

— Article sur le thrombus pédiculé du vagin.

TISSIER. — Symphyséotomie dans un cas de rétrécissement rachitique du bassin; Thrombus rétro-pubien (*Bulletins et mémoires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris*, séance du 10 janvier 1895, p. 3).

TRIANTIS (d'Athènes). — Thrombus ou hématome du vagin et de la vulve survenu après l'accident; Guérison.

— Communication à la Société médicale d'Athènes, rapportée dans le *Progrès médical*, Paris, 23 février 1889, p. 146).

WALLOIS. — Thrombus vulvaire pendant l'accouchement (*Bulletin de la Société d'obst. et de gynéc. de Paris; Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier*, séance du 17 avril 1812, p. 390, rupture).

VELPEAU (Alf.). — *Traité complet de l'art des accouchements*, Paris, 1835, 2^e édition, p. 214 et 245.

— *Dictionnaire de médecine*, Paris, 1846, 2^e édition, t. XXX, p. 268.

VINAY. — Thrombus de la vulve au 6^e mois, incision, guérison (*Lyon médical*, 26 sept. 1897, p. 99).

VITRAC. — Thrombus du vagin; Traitement par incision précoce et évidemment (*Gaz. des Hôpitaux de Toulouse*, 1910, p. 141; *Semaine gynécologique*, 1910, p. 152).

VOUTERS. — Une cas de thrombus vulvaire pendant la grossesse (*Société d'obstétrique de Paris, réunion de Lille*, 1910, 28 décembre, p. 78).

WRIGHT (A.-L.). — Hématome de la vulve et du vagin (Analysé dans l'*Obstétrique*, nov. 1902; *Ann. gynec. a Pædiatrie*, Boston, 1900, XIII, 731-740).

WYFFELS. — Rupture d'un thrombus de la vulve pendant l'accouchement, suivi d'une hémorragie mortelle (*Revue médico-chirurgicale de Paris*, 1849, t. V, p. 370).

THE MODERN STYLE — P. MARNE, PARIS

